



Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
gemeinnützige GmbH

Strukturierter Qualitätsbericht 2020

gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
A-0 Fachabteilungen	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	4
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	5
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	5
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	5
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	8
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	9
A-9 Anzahl der Betten	10
A-10 Gesamtfallzahlen	10
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-13 Besondere apparative Ausstattung	32
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	33
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	34
B-[1] Innere Medizin	34
B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	34
B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	35

B-[1].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	35
B-[1].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-[1].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	38
B-[1].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	38
B-[1].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	40
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	40
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	41
B-[1].11	Personelle Ausstattung	41
B-[1].11.1	Ärzte und Ärztinnen	41
B-[1].11.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	42
B-[1].11.1	Zusatzweiterbildung	42
B-[1].11.2	Pflegepersonal	42
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	45
B-[1].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	45
B-[2]	Allgemeine Chirurgie	45
B-[2].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-[2].1.1	Fachabteilungsschlüssel	46
B-[2].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	46
B-[2].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[2].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[2].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-[2].6	Hauptdiagnosen nach ICD	48
B-[2].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	49

B-[2].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	50
B-[2].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	51
B-[2].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	52
B-[2].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B-[2].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53
B-[2].11	Personelle Ausstattung	53
B-[2].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[2].11.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	54
B-[2].11.1	Zusatzweiterbildung	54
B-[2].11.2	Pflegepersonal	55
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	57
B-[2].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	57
B-[3]	Geriatric	58
B-[3].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	58
B-[3].1.1	Fachabteilungsschlüssel	58
B-[3].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	58
B-[3].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	59
B-[3].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	59
B-[3].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	60
B-[3].6	Hauptdiagnosen nach ICD	60
B-[3].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	62
B-[3].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	62
B-[3].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	64
B-[3].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	64
B-[3].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65

B-[3].11 Personelle Ausstattung	65
B-[3].11.1Ärzte und Ärztinnen	65
B-[3].11.1Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	66
B-[3].11.1Zusatzweiterbildung	66
B-[3].11.2Pflegepersonal	66
B-[3].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	69
B-[3].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	69
B-[4] Neurologie	69
B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel	70
B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	70
B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	70
B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	70
B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	71
B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD	71
B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	72
B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	73
B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	74
B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	74
B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	75
B-[4].11 Personelle Ausstattung	75
B-[4].11.1Ärzte und Ärztinnen	75
B-[4].11.1Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	76
B-[4].11.1Zusatzweiterbildung	76
B-[4].11.2Pflegepersonal	76

B-[4].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	78
B-[4].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	79
B-[5] Allgemeine Psychiatrie	79
B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	79
B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel	79
B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	80
B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	80
B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	80
B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD	81
B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig	82
B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	82
B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	84
B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	86
B-[5].11 Personelle Ausstattung	86
B-[5].11.1Ärzte und Ärztinnen	86
B-[5].11.1Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	86
B-[5].11.1Zusatzweiterbildung	87
B-[5].11.2Pflegepersonal	87
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	89
B-[5].11.2Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	89
B-[5].11.3Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	90
B-[6] Kinder- und Jugendpsychiatrie	92

B-[6].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	92
B-[6].1.1	Fachabteilungsschlüssel	92
B-[6].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	92
B-[6].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	93
B-[6].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	93
B-[6].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	94
B-[6].6	Hauptdiagnosen nach ICD	94
B-[6].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	95
B-[6].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	96
B-[6].7.1	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	98
B-[6].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	99
B-[6].11	Personelle Ausstattung	99
B-[6].11.1	Ärzte und Ärztinnen	99
B-[6].11.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	99
B-[6].11.1	Zusatzweiterbildung	100
B-[6].11.2	Pflegepersonal	100
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	102
B-[6].11.2	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	102
B-[6].11.3	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	103
B-[7]	Radiologie	105
B-[7].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	105
B-[7].1.1	Fachabteilungsschlüssel	105
B-[7].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	105
B-[7].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	106
B-[7].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	106

B-[7].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	107
B-[7].6.1	Hauptdiagnosen 3-stellig	107
B-[7].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	107
B-[7].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	107
B-[7].11	Personelle Ausstattung	108
B-[7].11.1	Ärzte und Ärztinnen	108
B-[7].11.1	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	108
B-[7].11.1	Zusatzweiterbildung	109
C	Qualitätssicherung	109
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	109
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	180
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	181
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	181
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge	181
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	182
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	182
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	182

Vorwort

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf Medizin - vom Menschen aus gedacht

Selbstbestimmt und selbstständig - so möchten Menschen leben, auch wenn eine (chronische) Erkrankung oder eine Behinderung den Alltag beeinträchtigt. Wir am Ev. Krankenhaus Alsterdorf sind für Sie da und unterstützen Sie dabei: Mit exakter Diagnostik, gemeinsamer Entscheidung über die beste Behandlungsmöglichkeit, professioneller und zugewandter Pflege und Therapie.

Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf gehört zu den medizinischen Gesellschaften der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Es ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg. Darüber hinaus erfüllt es einen besonderen Auftrag für die fachmedizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Behinderungen.

Unsere Schwerpunkte in der medizinischen Versorgung:

- Epilepsie-Zentrum mit der bundesweit größten Monitoring-Station in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift
- Eltern-Kind-Klinik - gemeinsame Behandlung von psychisch kranken Kindern und ihren ebenfalls erkrankten Müttern oder Vätern, in Kooperation der beiden Fachbereiche Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Altersmedizin: Demenzsensibles Krankenhaus mit einem eigenen Konzept zur Wahrung der Patientenautonomie bei Menschen mit Demenz
- Chirurgie / Orthopädie: schonende Gelenkoperationen an Hüfte, Knie und Schulter
- Qualifizierter Entzug von Alkohol und Medikamenten in der Inneren Medizin
- Menschen mit komplexen Behinderungen - 2015 Eröffnung eines der ersten Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung in Deutschland, das Sengelmann Institut für Medizin und Inklusion mit interdisziplinärer Diagnostik. Als erstes Krankenhaus in Deutschland haben wir in 2020 einen Qualitätsvertrag mit Kostenträgern zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen abgeschlossen.

Wir denken Medizin vom Menschen aus und entwickeln entsprechend innovative und interdisziplinäre Behandlungsangebote. Denn Gesundheit ist ein wesentlicher Aspekt von Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe.

Der Umgang mit Patient*innen im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf ist geprägt vom christlichen Menschenbild: jeder Mensch ist einzigartig, er wird mit all seinen Bedürfnissen gesehen. Auch wenn Diagnose und Therapie von Erkrankungen im

Mittelpunkt des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Handelns stehen, ist es im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes ebenso wichtig, die Sorgen, Ängste und Fragen, die über die Erkrankung hinaus gehen, ernst zu nehmen. Deshalb ist unter anderem Seelsorge ein wichtiger Teil unserer Arbeit.

Damit auch in Zukunft Patient*innen gut versorgt werden, bilden wir aus: an unserer Pflegefachschule lernen 92 Auszubildende den Beruf der Gesundheits- und Krankenpfleger*in und an unserer Berufsfachschule für Logopädie mit 60 Auszubildenden.

Im Qualitätsbericht des Ev. Krankenhauses Alsterdorf erfahren Sie mehr über unsere Arbeit. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Webseite unter www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de

Sollten Sie sich als Patient*in für eine Behandlung in unserem Krankenhaus entscheiden, danken wir für Ihr Vertrauen und freuen uns über Ihr Feedback.

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche:

Verantwortlicher:	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung
Name/Funktion:	Michael Schmitz, Geschäftsführung
Telefon:	040 5077 3309
Fax:	
E-Mail:	m.schmitz@eka.alsterdorf.de
Verantwortlicher:	Für die Erstellung des Qualitätsberichts
Name/Funktion:	Stefan Koopmann, Qualitätsmanagement

Telefon:	040 5077 3314
Fax:	
E-Mail:	Stefan.Koopmann@eka.alsterdorf.de

Links:

Link zur Internetseite des Krankenhauses:	http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht:	https://www.alsterdorf.de

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-0 Fachabteilungen

	ABTEILUNGSART	SCHLÜSSI	FACHABTEILUNG
1	Hauptabteilung	0100	Innere Medizin
2	Hauptabteilung	1500	Allgemeine Chirurgie
3	Hauptabteilung	0200	Geriatrie
4	Hauptabteilung	2800	Neurologie
5	Hauptabteilung	2900	Allgemeine Psychiatrie
6	Hauptabteilung	3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
7	Nicht-Bettenführend	3751	Radiologie

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gemeinnützige GmbH
PLZ:	22337
Ort:	Hamburg
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße
Hausnummer:	1
IK-Nummer:	260200240
Standort-Nummer alt:	0
Standort-Nummer:	771793000
Telefon-Vorwahl:	040

Telefon:	507703
E-Mail:	eka@alsterdorf.de
Krankenhaus-URL:	http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de

A-1.1 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Michael Schmitz, Geschäftsführer
Telefon:	040 5077 3309
Fax:	
E-Mail:	m.schmitz@eka.alsterdorf.de

Leitung:	Verwaltungsleitung
Name/Funktion:	Dr. Léon von Brasch, Geschäftsführer
Telefon:	040 5077 3310
Fax:	
E-Mail:	l.brasch@eka.alsterdorf.de

Leitung:	Ärztliche Leitung
Name/Funktion:	Dr. med. Gabriele Garz, Ärztliche Direktorin / Chefärztin Radiologie
Telefon:	040 5077 3249
Fax:	
E-Mail:	g.garz@eka.alsterdorf.de

Leitung:	Pflegedienstleitung
Name/Funktion:	Martina Schwertner, Pflegedienstleitung
Telefon:	040 5077 3961
Fax:	
E-Mail:	m.schwertner@eka.alsterdorf.de

A-1.2 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

INSTITUTIONSKENNZEICHEN	
1	510204927

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers:

Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gemeinnützige GmbH

Träger-Art:

freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus

Name der Universität

1 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale
Versorgungsverpflichtung?

Nein

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
1	<p>Akupunktur</p> <p><i>Akupunktur wird vor allem in der Psychiatrie und in der Suchttherapie Alkoholabhängiger Patienten eingesetzt.</i></p>
2	<p>Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Beratung und Pfeletrainings für pflegende Angehörige finden im Krankenhaus während des Aufenthaltes der Patienten und bis zu sechs Wochen nach der Entlassung zu Hause statt. Viermal im Jahr werden Pflegekurse für pflegende Angehörige angeboten.</i></p>
3	Atemgymnastik/-therapie
4	<p>Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern</p> <p><i>z. B. Babymassage, PEKiP in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wenn medizinisch indiziert.</i></p>
5	Basale Stimulation
6	<p>Berufsberatung/Rehabilitationsberatung</p> <p><i>Im Rahmen des Fachbereiches Neurologie/Epileptologie.</i></p>
7	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT	
	<i>Ein Abschiedsraum und Palliativzimmer mit der Möglichkeit des Rooming-In sind vorhanden. Trauerbegleitung kann über die Krankenhauseelsorge geleistet werden. Auf die jeweiligen religiösen oder kulturellen Bedürfnisse kann individuell eingegangen werden.</i>
8	Sporttherapie/Bewegungstherapie
9	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
10	Diät- und Ernährungsberatung
11	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
12	Ergotherapie/Arbeitstherapie <i>Am Krankenhaus gibt es eine Abteilung für Ergotherapie. Diese Leistungen werden im Rahmen eines individuellen Behandlungskonzeptes in Einzel- und Gruppentherapien angeboten.</i>
13	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
14	Kinästhetik
15	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
16	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
17	Manuelle Lymphdrainage
18	Massage <i>Im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie werden spezielle Babymassagen angeboten.</i>
19	Medizinische Fußpflege
20	Musiktherapie
21	Pädagogisches Leistungsangebot <i>Im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie</i>
22	Physikalische Therapie/Bädertherapie
23	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie <i>Am Krankenhaus gibt es eine Abteilung für Physiotherapie. Diese Leistungen werden im Rahmen eines individuellen Behandlungskonzeptes in Einzel- und Gruppentherapie angeboten.</i>
24	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>In den Fachbereichen Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie steht ein spezielles Angebot zur Verfügung.</i>
25	Schmerztherapie/-management <i>Im Pflegedienst gibt es ausgebildete Pain Nurses. Standards und Leitfäden zur Schmerztherapie sind eingeführt.</i>
26	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
27	Spezielle Entspannungstherapie
28	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot

MEDIZINISCH-PFLEGERISCHES LEISTUNGSANGEBOT

Über alle Fachabteilungen und Ambulanzen stellt die fachpflegerische Versorgung von behinderten Menschen, sowohl geistig als auch körperlich Behinderte, einen besonderen Behandlungsauftrag dar. Zudem gibt es ausgebildete Pflegekräfte in Validation im Rahmen einer Demenzbetreuung.

29	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>Erlernen von Entspannungstechniken wie Atemtiefsetzung und progressive Muskelentspannung (PMR). Therapeutische Begleitung beim Essen. Aufklärung und Beratung von Patienten und Angehörigen zum Umgang mit Sprech- Sprach- und Schluckstörungen.</i>
30	Stomatherapie/-beratung
31	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
32	Wärme- und Kälteanwendungen
33	Wundmanagement <i>Ärztliche und pflegerische Wundvisiten werden durchgeführt. Ausgebildete Wundmanager sind nach ICW zertifiziert und werden regelmäßig re-zertifiziert.</i>
34	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen <i>Eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Selbsthilfegruppen erfolgt fachbereichsbezogen.</i>
35	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
36	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
37	Snoezelen <i>Snoezelraum ist in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet.</i>
38	Sozialdienst
39	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
40	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien <i>Im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in Zusammenarbeit mit dem Werner-Otto-Institut werden verschiedene Beratungen und Ambulanzen angeboten. http://www.werner-otto-institut.de</i>
41	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
42	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege/Tagespflege
43	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie <i>Im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.</i>
44	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
45	Audiometrie/Hördiagnostik <i>Im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

	LEISTUNGSANGEBOT
1	Ein-Bett-Zimmer
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
3	Mutter-Kind-Zimmer <i>Im Fachbereich Kinder - und Jugendpsychiatrie.</i>
4	Rooming-in
5	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
6	Zwei-Bett-Zimmer
7	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
8	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
9	Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>Ein Krankenhausseelsorger steht allen Patienten für Gespräche zur Verfügung.</i>
10	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
11	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen
12	Schule im Krankenhaus <i>In der Kinder- und Jugendpsychiatrie.</i>
13	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
14	Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Name/Funktion:	Nicole Hasselberg, Lotsin
Telefon:	040 5077 5888
Fax:	040 5077 3618
E-Mail:	Nicole.Hasselberg@eka.alsterdorf.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

ASPEKTE DER BARRIEREFREIHEIT	
1	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift
2	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
3	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
4	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
5	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
6	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
7	Arbeit mit Piktogrammen
8	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Die Station David ist speziell auf die Bedürfnisse Demenzerkrankter ausgerichtet.</i>
9	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung <i>Berufsübergreifend wurden die Mitarbeiter zum Thema Umgang und Kommunikation mit an Demenzerkrankten Patienten geschult.</i>
10	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
11	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
12	Diätetische Angebote
13	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung
14	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
15	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen <i>Krankenhausinterner Transportdienst</i>
16	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
17	Aufzug mit visueller Anzeige
18	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache
19	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage
20	Besondere personelle Unterstützung
21	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>z.B. Russisch, Englisch</i>
22	Kommunikationshilfen
23	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

	AKADEMISCHE LEHRE UND WEITERE AUSGEWÄHLTE WISSENSCHAFTLICHE TÄTIGKEITEN
1	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
2	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
3	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
4	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
5	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
6	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
7	Doktorandenbetreuung

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

	AUSBILDUNGEN IN ANDEREN HEILBERUFEN
1	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin <i>https://pflgefachschule-alsterdorf.de/</i>
2	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin <i>Praxiseinsätze in Kooperation mit regionalen Ausbildungsträgern.</i>
3	Ergotherapeut und Ergotherapeutin <i>Praxiseinsätze in Kooperation mit regionalen Ausbildungsträgern.</i>
4	Logopäde und Logopädin <i>https://www.bfl-hamburg.de/</i>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten: 334

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl:	5136
Teilstationäre Fallzahl:	364
Ambulante Fallzahl:	6618

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	68,30	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 67,40	Ohne:	0,90
Versorgungsform:	Ambulant: 7,19	Stationär:	61,11

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	39,82		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 38,92	Ohne:	0,90
Versorgungsform:	Ambulant: 7,19	Stationär:	32,63

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen: 0

ÄRZTINNEN UND ÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt:	3,16		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,04	Ohne:	0,12
Versorgungsform:	Ambulant: 3,16	Stationär:	0,00

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE, DIE KEINER FACHABTEILUNG ZUGEORDNET SIND

Gesamt: 3,16

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 3,04 Ohne: 0,12

Versorgungsform: Ambulant: 3,16 Stationär: 0,00

A-11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,71

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 145,24

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 141,41 Ohne: 3,83

Versorgungsform: Ambulant: 1,43 Stationär: 143,81

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 1,73

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 1,54 Ohne: 0,19

Versorgungsform: Ambulant: 1,42 Stationär: 0,31

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 15,79

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 15,79 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 15,79

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
------------------	-----------------------	------------------------

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	10,93	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,93	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 10,93

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00

KRANKENPFLEGEHELPERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELPER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	5,32	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,92	Ohne: 1,40
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 5,32

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:	0,10	
---------	------	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,10
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,10
PFLEGEHELPERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:		17,48		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	17,48	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	17,48
Ohne Fachabteilungszuordnung:				
Gesamt:		2,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,00
ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
Ohne Fachabteilungszuordnung:				
Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN				
Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
Ohne Fachabteilungszuordnung:				

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:		11,09		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	10,89	Ohne:	0,20
Versorgungsform:	Ambulant:	3,82	Stationär:	7,27

Ohne Fachabteilungszuordnung:

Gesamt:		0,93		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,92	Ohne:	0,01
Versorgungsform:	Ambulant:	0,93	Stationär:	0,00

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN

Gesamt:		5,29		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,65	Ohne:	1,64
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	5,29

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN

Gesamt:		0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt:		0,62		
---------	--	------	--	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,62	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,57	Stationär: 0,05

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,19	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,34	Ohne: 0,85
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,19

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	3,93	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,93	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,93

ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	6,49	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 4,70	Ohne: 1,79
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 6,49

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,66	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,06	Ohne: 0,60
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,66

SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	6,42	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 6,42	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 6,42
------------------	-----------------------	------------------------

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

ERGOTHERAPEUTIN UND ERGOTHERAPEUT

Gesamt:	14,73	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 12,74	Ohne: 1,99
Versorgungsform:	Ambulant: 0,52	Stationär: 14,21

ERZIEHERIN UND ERZIEHER

Gesamt:	7,03	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,03	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 7,03

HEILERZIEHUNGSPFLEGERIN UND HEILERZIEHUNGSPFLEGER

Gesamt:	1,85	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,85	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,85

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN

Gesamt:	1,19	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,34	Ohne: 0,85
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,19

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIN UND KLINISCHER NEUROPSYCHOLOGE

Gesamt:	1,42	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,42	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,42

KUNSTTHERAPEUTIN UND KUNSTTHERAPEUT

Gesamt: 0,69

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,50 Ohne: 0,19

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,69

LOGOPÄDIN UND LOGOPÄD/KLINISCHER LINGUISTIN UND KLINISCHE LINGUIST/SPRECHWISSENSCHAFTLERIN UND SPRECHWISSENSCHAFTLER/PHONETIKERIN UND PHONETIKER

Gesamt: 2,65

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 2,45 Ohne: 0,20

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 2,65

MEDIZINISCH-TECHNISCHE ASSISTENTIN FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK (MTAF) UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER ASSISTENT FÜR FUNKTIONSDIAGNOSTIK

Gesamt: 6,54

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 6,54 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 6,54

MEDIZINISCH-TECHNISCHE RADIOLOGIEASSISTENTIN UND MEDIZINISCH-TECHNISCHER RADIOLOGIEASSISTENT (MTRA)

Gesamt: 4,08

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 4,08 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 4,08

MUSIKTHERAPEUTIN UND MUSIKTHERAPEUT

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 0,00 Ohne: 0,00

Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 0,00

PHYSIOTHERAPEUTIN UND PHYSIOTHERAPEUT

Gesamt: 10,83

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	10,23	Ohne:	0,60
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	10,83

DIPLOM-PSYCHOLOGIN UND DIPLOM-PSYCHOLOGE

Gesamt:		8,09		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,20	Ohne:	1,89
Versorgungsform:	Ambulant:	0,25	Stationär:	7,84

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTIN UND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUT

Gesamt:		4,93		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,52	Ohne:	2,41
Versorgungsform:	Ambulant:	3,48	Stationär:	1,45

SOZIALARBEITERIN UND SOZIALARBEITER

Gesamt:		6,06		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,06	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	6,06

SOZIALPÄDAGOGIN UND SOZIALPÄDAGOGE

Gesamt:		7,82		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	7,82	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	7,82

PERSONAL MIT ZUSATZQUALIFIKATION IM WUNDMANAGEMENT

Gesamt:		11,44		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	11,44	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	11,44

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABS. 3, NR. 3 PSYCHTHG)

Gesamt: 3,93

Beschäftigungs-
verhältnis:

Mit: 3,93

Ohne: 0,00

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 3,93

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name/Funktion:

Michael Schmitz, Geschäftsführung

Telefon:

040 5077 3309

Fax:

E-Mail:

m.schmitz@eka.alsterdorf.de

A-12.1.2 Lenkungsremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht:

Ja

Wenn ja:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:

Geschäftsführung und leitende Angestellte

Tagungsfrequenz des Gremiums:

andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person:

eigenständige Position für Risikomanagement

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Michael Schmitz, Geschäftsführung
Telefon:	040 5077 3309
Fax:	
E-Mail:	m.schmitz@eka.alsterdorf.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungs-gremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht:	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
---	---

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement:

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche:	Geschäftsführung und leitende Angestellte
Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
2	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Risikostrategie EKA Letzte Aktualisierung: 21.09.2021</i>
3	Mitarbeiterbefragungen
4	Klinisches Notfallmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Herzalarm Letzte Aktualisierung: 20.11.2018</i>
5	Schmerzmanagement <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Schmerzmanagement EKAPostoperative SchmerztherapieSchmerztherapie im AlterSchmerzmanagement in der Pflege bei akuten und chronischen SchmerzenDiagnostik bei Verdacht auf Schmerzen Letzte Aktualisierung: 06.07.2021</i>
6	Sturzprophylaxe <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Sturzmanagement EKASTurzsyndrom - Diagnostik und TherapieSturzprotokollPatientenaufklärung und Information Sturz Letzte Aktualisierung: 06.04.2021</i>

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
7	<p>Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege")</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Dekubitusprophylaxe Dekubitusmeldebogen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 29.06.2017</i></p>
8	<p>Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Fixierungsvorgang bei einem Patienten mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung</i> <i>Fixierungsprotokoll</i> <i>Fixierungsmeldebogen</i> <i>Letzte Aktualisierung: 27.10.2021</i></p>
9	<p>Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Meldung eines Vorkommnisses gem. §3 Medizinplan-Sicherheitsverordnung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 26.08.2019</i></p>
10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
11	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
12	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
13	<p>Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Standard Patientensicherheit</i> <i>Letzte Aktualisierung: 19.08.2019</i></p>
14	<p>Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Präoperativer Standard allgemein</i> <i>Letzte Aktualisierung: 22.07.2016</i></p>
15	<p>Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: OP Standard Patientensicherheit</i> <i>Letzte Aktualisierung: 19.08.2019</i></p>
16	<p>Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Aufwachraum Patientenbetreuung</i> <i>Letzte Aktualisierung: 08.10.2014</i></p>
17	<p>Entlassungsmanagement</p> <p><i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Entlassmanagement EKA</i> <i>Letzte Aktualisierung: 02.07.2018</i></p>

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen:

<input checked="" type="checkbox"/>	Qualitätszirkel
<input checked="" type="checkbox"/>	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
<input type="checkbox"/>	Tumorkonferenzen
<input checked="" type="checkbox"/>	Pathologiebesprechungen
<input type="checkbox"/>	Palliativbesprechungen
<input type="checkbox"/>	Andere

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?	Ja
--	----

Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems:

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem <i>Intervall: bei Bedarf</i>
2	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen <i>Intervall: bei Bedarf</i>
3	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor <i>Letzte Aktualisierung: 04.07.2016</i>

Details:

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet:	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums:	bei Bedarf
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:	OP Sicherheitscheckliste gem. WHO Empfehlung eingeführt Regelmäßige Fallbesprechung kritischer Behandlungsverläufe innerhalb der Fachabteilungen Patientenarmbänder zur Vermeidung von Patientenverwechslungen regelmäßiges Sturzassessment bei Aufnahme Umfangreicher Hygieneplan Risikoadjustiertes Infektionsscreening

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS):

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem:

Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

PERSONAL	ANZAHL
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaustygieniker	1
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1
Hygienefachkräfte (HFK)	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	20

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet?

Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission:

monatlich

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden:

Name/Funktion:

PD Dr. Christian Kügler, Vorsitzender der Hygienekommission

Telefon:

Fax:

E-Mail:

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

	OPTION	AUSWAHL
1	Sterile Handschuhe	Ja
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard (Liegedauer) wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

	OPTION	A
1	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	Ja
2	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	Ja
3	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor:

Auswahl: Ja

Der Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe	Ja
2	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	Ja
3	Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor:

Auswahl: Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

	OPTION	AUSWAHL
1	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	Ja
2	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	Ja
3	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
4	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	Ja
5	Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	Ja

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgemeinstationen erhoben:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen (Einheit: ml/Patiententag):	57
Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen:	Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag):	110

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:

Auswahl: Ja

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

	OPTION	AUSWAHL
1	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	Ja
2	Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillinresistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhausthygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).	Ja

Umgang mit Patienten mit MRE (2):

	OPTION	AUSWAHL
1	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	Ja
2	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	Ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen <i>Name: Teilnahme am MRE Netzwerk Hamburg</i>
2	Teilnahme an der (freiwilligen) "Aktion Saubere Hände" (ASH) <i>Details: Teilnahme (ohne Zertifikat)</i> <i>jährliche Durchführung mit wechselnden Aktionen</i>
3	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen
5	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten <i>Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/wp-content/uploads/2020/11/HKG-Hygienebericht-2019.pdf</i>

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja

	LOB- UND BESCHWERDEMANAGEMENT	ERFÜLLT?
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden https://evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/patienten-und-angehoerige/lob-und-kritik/	Ja
9	Patientenbefragungen	Ja
10	Einweiserbefragungen	Nein

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Marcus Wilksch, Beschwerdemanagement
Telefon:	040 5077 5703
Fax:	
E-Mail:	beschwerden@eka.alsterdorf.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben:

Name/Funktion:	Jürgen Wurst, Patientenfürsprecher
Telefon:	0174 1918414
Fax:	
E-Mail:	beschwerden@eka.alsterdorf.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Art des Gremiums:	Arzneimittelkommission
-------------------	------------------------

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?

ja – eigenständige Position AMTS

Kontaktdaten:

Name/Funktion:	Prof. Dr. Sönke Artt, Chefarzt
Telefon:	040 5077 3417
Fax:	040 5077 3264
E-Mail:	Soenke.Artt@eka.alsterdorf.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker:	1
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal:	2
Erläuterungen:	Die Versorgung mit Medikamenten wird im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung über eine externe Apotheke sichergestellt. Die externe Apotheke hält entsprechendes pharmazeutisches Personal vor. Der zuständige Apotheker ist in die relevanten Abläufe im Krankenhaus eingebunden.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
1	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese <i>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Aufnahmeuntersuchung Letzte Aktualisierung: 20.01.2017</i>
2	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)

	INSTRUMENT BZW. MAßNAHME
3	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung
4	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
5	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
6	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Zu AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern:

<input checked="" type="checkbox"/>	Fallbesprechungen
<input checked="" type="checkbox"/>	Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
<input checked="" type="checkbox"/>	Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)
<input type="checkbox"/>	Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)
<input type="checkbox"/>	Andere

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs
<input type="checkbox"/>	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen
<input type="checkbox"/>	Aushändigung des Medikationsplans
<input checked="" type="checkbox"/>	bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

A-13 Besondere apparative Ausstattung

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
1	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	Nein
2	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein
3	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Nein

	APPARATIVE AUSSTATTUNG	UMGANGSSPRACHLICHE BEZEICHNUNG	24H VERFÜGBAR
4	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder <i>In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Eppendorf.</i>	Nein
5	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens <i>In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Eppendorf.</i>	
6	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?

Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung:

Erfüllt: Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde. Nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden. Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1] Innere Medizin

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Innere Medizin
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	22337
Ort:	Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/fachbereich-innere-medizin/

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0100) Innere Medizin

B-[1].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. habil. Christian Kügler, Facharzt Innere Medizin Facharzt Geriatrie Angiologie
Telefon:	040 5077 3953
Fax:	
E-Mail:	christian.kuegler@eka.alsterdorf.de
Adresse:	Elisabeth-Flügge-Straße 1
PLZ/Ort:	22337 Hamburg
URL:	https://evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/fachbereich-innere-medizin/

B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	<p>Station DAVID</p> <p><i>Die Station DAVID ist ganz auf die Bedürfnisse von akut-internistisch erkrankten Menschen mit einer Demenz eingestellt. Das gesamte, auf der Station eingesetzte Personal verfügt über eine spezielle Ausbildung im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen.</i></p>
2	<p>Suchtmedizin / Qualifizierter Entzug von Menschen mit Abhängigkeiten von legalen Drogen.</p> <p><i>Der Qualifizierte Entzug bei Abhängigkeit von legalen Drogen ist ein Schwerpunkt der Inneren Medizin. Unser Behandlungsteam ist multiprofessionell aufgestellt. Die Abteilung ist Mitglied der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft "Qualifizierter Entzug in der Inneren Medizin" (AGQEIM).</i></p>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
3	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
4	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
5	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
6	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
7	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
8	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
9	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
10	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
13	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
17	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
18	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
19	Intensivmedizin
20	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
21	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
22	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
23	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
24	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
25	Endoskopie
26	Physikalische Therapie
27	Schmerztherapie
28	Transfusionsmedizin
29	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
30	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
31	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
32	Palliativmedizin

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
33	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1052
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	318
2	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	106
3	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	48
4	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	39
5	E86	Volumenmangel	33
6	J69.0	Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes	18
7	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	15
8	J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes	14
9	K29.1	Sonstige akute Gastritis	13
10	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	13
11	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	12
12	R55	Synkope und Kollaps	12
13	A49.9	Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichnet	12
14	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	10
15	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet	9
16	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	7
17	J18.2	Hypostatische Pneumonie, nicht näher bezeichnet	7
18	D50.9	Eisenmangelanämie, nicht näher bezeichnet	6
19	R53	Unwohlsein und Ermüdung	6
20	I95.1	Orthostatische Hypotonie	6
21	D64.9	Anämie, nicht näher bezeichnet	5

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	5
23	J44.09	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet	5
24	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie	5
25	I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	5
26	A46	Erysipel [Wundrose]	5
27	R63.4	Abnorme Gewichtsabnahme	5
28	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	5
29	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	4
30	J44.19	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet	4

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	321
2	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	106
3	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	103
4	I50	Herzinsuffizienz	41
5	E86	Volumenmangel	33
6	J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	32
7	A49	Bakterielle Infektion nicht näher bezeichneter Lokalisation	18
8	J69	Pneumonie durch feste und flüssige Substanzen	18
9	K29	Gastritis und Duodenitis	15
10	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	13

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-985.1	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	264

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
2	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	210
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	193
4	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	136
5	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	128
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	116
7	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	114
8	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	102
9	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	69
10	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	63
11	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	60
12	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	59
13	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	57
14	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	46
15	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	46
16	8-985.0	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]: Bis zu 6 Behandlungstage	45
17	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	36
18	1-620.0x	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Sonstige	29
19	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	25
20	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	22
21	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	21
22	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	20
23	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	18

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
24	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	13
25	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	13
26	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	12
27	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiiell	12
28	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	10
29	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	9
30	6-005.8	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Everolimus, oral	9

B-[1].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	573
2	8-985	Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]	313
3	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	210
4	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	142
5	9-320	Therapie organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	128
6	3-200	Native Computertomographie des Schädels	116
7	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	75
8	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	59
9	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	57
10	1-650	Diagnostische Koloskopie	57

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

1	CHEFARZTSPRECHSTUNDE
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VD20 - Wundheilungsstörungen

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[1].11 Personelle Ausstattung

B-[1].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	8,27	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,69	Ohne: 0,58	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,62	Stationär: 7,65	
		Fälle je Anzahl: 137,5	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	3,45		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,87	Ohne: 0,58
Versorgungsform:	Ambulant:	0,62	Stationär: 2,83
			Fälle je Anzahl: 371,7

B-[1].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin
2	Innere Medizin und Kardiologie
3	Anästhesiologie
4	Allgemeinchirurgie
5	Radiologie

B-[1].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Intensivmedizin
2	Notfallmedizin
3	Geriatric
4	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-[1].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,71

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	29,66
---------	-------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	28,50	Ohne:	1,16
Versorgungsform:	Ambulant:	0,01	Stationär:	29,65
			Fälle je Anzahl:	35,5

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,54			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,54	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,54
			Fälle je Anzahl:	1948,2

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

KRANKENPFLEGEHELPERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELPER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,55			
----------------	------	--	--	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,00	Ohne:	0,55
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	2,55
			Fälle je Anzahl:	412,5

PFLEGEHELPERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,37			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,37	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,37
			Fälle je Anzahl:	767,9

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
---------	------	--	--	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[1].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[1].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

	ZUSATZQUALIFIKATIONEN
1	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
2	Geriatric
3	Basale Stimulation
4	Schmerzmanagement
5	Bobath
6	Wundmanagement
7	Kinästhetik

B-[2] Allgemeine Chirurgie

B-[2].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Chirurgie
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße

Hausnummer:	1
PLZ:	22337
Ort:	Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/gelenkersatz-und-allgemeine-chirurgie/

B-[2].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(1500) Allgemeine Chirurgie

B-[2].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Drs. (NL) Genio Bongaerts, Chefarzt Orthopädie und Chirurgie, Facharzt für Orthopädie
Telefon:	040 5077 3233
Fax:	
E-Mail:	Genio.Bongaerts@eka.alsterdorf.de
Adresse:	Elisabeth-Flügge-Straße 1
PLZ/Ort:	22337 Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/gelenkersatz-und-allgemeine-chirurgie/

B-[2].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
---	--------------------------------------

B-[2].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
2	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
3	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
4	Magen-Darm-Chirurgie
5	Tumorchirurgie
6	Metall-/Fremdkörperentfernungen
7	Bandrekonstruktionen/Plastiken
8	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
9	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
10	Septische Knochenchirurgie
11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
12	Spezialsprechstunde <i>Es wird eine generelle Beratung zur chirurgischen Behandlung angeboten und die Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung. Der beratende Arzt nimmt die Operation selbst vor und informiert über den Behandlungsverlauf und die weitere Nachsorge.</i>
13	Amputationschirurgie
14	Arthroskopische Operationen
15	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
16	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
17	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
18	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
19	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
20	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
21	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
22	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
23	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
24	Endoprothetik <i>Die Abteilung ist spezialisiert auf Endoprothetik (Ersatz von defekten Gelenkoberflächen und Implantation/Wechsel von künstlichen Gelenken) mit jahrelanger Erfahrung in minimal invasiven Operationstechniken.</i>
25	Fußchirurgie
26	Handchirurgie
27	Sportmedizin/Sporttraumatologie
28	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
29	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
30	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
31	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	487
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[2].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	74
2	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	59
3	M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	54
4	M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose	52
5	M75.1	Läsionen der Rotatorenmanschette	33
6	M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose	23
7	M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	14
8	M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	12
9	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	12
10	T84.05	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Kniegelenk	10
11	M20.1	Hallux valgus (erworben)	8
12	M23.32	Sonstige Meniskusschädigungen: Hinterhorn des Innenmeniskus	7
13	M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich	7
14	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	7
15	M20.2	Hallux rigidus	6

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
16	M24.41	Habituelle Luxation und Subluxation eines Gelenkes: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]	6
17	M23.23	Meniskusschädigung durch alten Riss oder alte Verletzung: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	5
18	T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese	5
19	M23.33	Sonstige Meniskusschädigungen: Sonstiger und nicht näher bezeichneter Teil des Innenmeniskus	4
20	M94.26	Chondromalazie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	4
21	M24.66	Ankylose eines Gelenkes: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]	< 4
22	M87.95	Knochennekrose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	< 4
23	S46.0	Verletzung der Muskeln und der Sehnen der Rotatorenmanschette	< 4
24	M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose	< 4
25	L89.34	Dekubitus 4. Grades: Kreuzbein	< 4
26	K42.9	Hernia umbilicalis ohne Einklemmung und ohne Gangrän	< 4
27	M54.4	Lumboischialgie	< 4
28	M23.99	Binnenschädigung des Kniegelenkes, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnetes Band oder nicht näher bezeichneter Meniskus	< 4
29	S83.2	Meniskusriss, akut	< 4
30	L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert	< 4

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	158
2	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	110
3	M75	Schulterläsionen	53
4	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	25
5	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	23
6	M19	Sonstige Arthrose	16
7	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	15

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	K40	Hernia inguinalis	14
9	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigungen	9
10	L89	Dekubitalgeschwür und Druckzone	5

B-[2].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	165
2	5-932.20	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Composite-Material: Weniger als 10 cm ²	60
3	5-859.11	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Schulter und Axilla	56
4	5-892.36	Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Implantation eines Medikamententrägers: Schulter und Axilla	53
5	5-896.26	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Schulter und Axilla	49
6	5-805.7	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	48
7	5-822.j1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	43
8	5-785.31	Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Keramischer Knochenersatz, resorbierbar: Humerus proximal	43
9	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	42
10	5-805.6	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	41
11	5-822.g1	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	40
12	5-855.22	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnen Scheide: Naht einer Sehne, sekundär: Oberarm und Ellenbogen	36
13	5-805.8	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Sehnenverlagerung	34

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
14	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	28
15	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	26
16	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	24
17	5-811.3h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Kniegelenk	20
18	5-822.00	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Nicht zementiert	20
19	5-916.a0	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: An Haut und Unterhaut	19
20	5-811.0h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	19
21	5-812.eh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	17
22	5-932.42	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 50 cm ² bis unter 100 cm ²	15
23	5-811.1h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	15
24	5-812.00	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Humeroglenoidalgelenk	14
25	5-814.x	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige	13
26	5-894.x6	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Sonstige: Schulter und Axilla	13
27	5-812.fh	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	13
28	5-814.1	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	13
29	1-697.1	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	12
30	5-811.20	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	12

B-[2].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	178
2	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	137
3	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	120
4	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	82
5	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	75
6	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	71
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	64
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	51
9	5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	39
10	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	26

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VC63 - Amputationschirurgie
	VC66 - Arthroskopische Operationen
	VC27 - Bandrekonstruktionen/Plastiken
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
	VO03 - Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
	VO06 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
	VO07 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
	VO09 - Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
	VO05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
	VO10 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
	VO08 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
	VO04 - Diagnostik und Therapie von Spondylopathien

1	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	VC39 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	VC41 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	VC35 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	VC36 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	VC37 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	VC38 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	VC40 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	VC32 - Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
	VO14 - Endoprothetik
	VO15 - Fußchirurgie
	VC28 - Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
	VO16 - Handchirurgie
	VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
	VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
	VC30 - Septische Knochenchirurgie
	VC58 - Spezialsprechstunde
	VO20 - Sportmedizin/Sporttraumatologie
	VC24 - Tumorchirurgie
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[2].11 Personelle Ausstattung

B-[2].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	7,31	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,31	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	7,31
		Fälle je Anzahl:	66,6

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	5,31		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,31	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	5,31
		Fälle je Anzahl:	91,7

B-[2].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Anästhesiologie
2	Orthopädie und Unfallchirurgie
3	Allgemeinchirurgie

B-[2].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Ärztliches Qualitätsmanagement
2	Labordiagnostik - fachgebunden - <i>Fachkundebescheinigung Laboruntersuchungen/Anästhesiologie</i>

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
3	Intensivmedizin
4	Manuelle Medizin/Chirotherapie
5	Spezielle Orthopädische Chirurgie

B-[2].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,71

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	10,51			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	9,39	Ohne:	1,12
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	10,51
			Fälle je Anzahl:	46,3

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEASSISTENTINEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELFERINEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,31	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,79	Ohne: 0,52
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 1,31
		Fälle je Anzahl: 371,8

PFLEGEHELFERINEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,88	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,88	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,88
		Fälle je Anzahl: 553,4

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

B-[2].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

	ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE
1	Intensiv- und Anästhesiepflege
2	Leitung einer Station / eines Bereiches
3	Pflege im Operationsdienst
4	Praxisanleitung
5	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[2].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Geriatric
3	Bobath
4	Schmerzmanagement
5	Kinästhetik
6	Wundmanagement
7	Dekubitusmanagement

B-[3] Geriatrie

B-[3].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Geriatric
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	22337
Ort:	Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/geriatric/

B-[3].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(0200) Geriatric

B-[3].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. med. habil. Christian Kügler, Facharzt Innere Medizin Facharzt Geriatrie Angiologe
Telefon:	040 5077 3953
Fax:	040 5077 4953
E-Mail:	christian.kuegler@eka.alsterdorf.de
Adresse:	Elisabeth-Flügge-Straße 1
PLZ/Ort:	22337 Hamburg
URL:	https://evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/geriatrie/

B-[3].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
2	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
3	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
4	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
6	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
7	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
8	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
9	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
12	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
13	Intensivmedizin
14	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
15	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
16	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
17	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
18	Endoskopie
19	Physikalische Therapie
20	Geriatrische Tagesklinik
21	Wundheilungsstörungen
22	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
23	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
24	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
25	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
26	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
27	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
28	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
29	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
30	Palliativmedizin
31	Transfusionsmedizin
32	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
33	Schmerztherapie

B-[3].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1227
Teilstationäre Fallzahl:	218

B-[3].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	R26.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität	102
2	S72.01	Schenkelhalsfraktur: Intrakapsulär	55
3	S72.10	Femurfraktur: Trochantär, nicht näher bezeichnet	48
4	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	42
5	I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien	40
6	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	29
7	S32.5	Fraktur des Os pubis	27
8	I21.4	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	23
9	S42.20	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Teil nicht näher bezeichnet	20
10	I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz	20
11	I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	17
12	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	16
13	N39.0	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	16
14	I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien	13
15	S32.4	Fraktur des Acetabulums	12
16	K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Obstruktion	11
17	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	11
18	I34.0	Mitralklappeninsuffizienz	11
19	T84.04	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	11
20	M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose	10
21	I63.9	Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet	10
22	S42.22	Fraktur des proximalen Endes des Humerus: Collum chirurgicum	9
23	I35.0	Aortenklappenstenose	9
24	J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	9
25	S72.00	Schenkelhalsfraktur: Teil nicht näher bezeichnet	8
26	S42.3	Fraktur des Humerusschaftes	8

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	8
28	S32.1	Fraktur des Os sacrum	8
29	M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet	8
30	S82.18	Fraktur des proximalen Endes der Tibia: Sonstige	7

B-[3].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	S72	Fraktur des Femurs	137
2	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	111
3	I50	Herzinsuffizienz	76
4	I63	Hirnfarkt	72
5	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	61
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	58
7	R29	Sonstige Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	42
8	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	29
9	I21	Akuter Myokardinfarkt	27
10	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	25

B-[3].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-98a.10	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	2731
2	8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	812
3	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	415
4	3-200	Native Computertomographie des Schädels	221
5	8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	202
6	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	195
7	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	194

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
8	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	138
9	9-984.6	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1	78
10	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	63
11	8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	63
12	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	61
13	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
14	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	41
15	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	35
16	3-900	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	31
17	8-98a.11	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Umfassende Behandlung: Mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	29
18	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	29
19	3-203	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark	24
20	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	23
21	8-98a.0	Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Basisbehandlung	16
22	8-98g.10	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 4 Behandlungstage	15
23	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	15
24	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	14
25	3-220	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel	13
26	8-98g.11	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 5 bis höchstens 9 Behandlungstage	12

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
27	8-98g.12	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 10 bis höchstens 14 Behandlungstage	9
28	5-431.20	Gastrostomie: Perkutan-endoskopisch (PEG): Durch Fadendurchzugsmethode	7
29	9-984.a	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5	6
30	8-133.0	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters: Wechsel	6

B-[3].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1077
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	951
3	3-200	Native Computertomographie des Schädels	221
4	1-771	Standardisiertes geriatrisches Basisassessment (GBA)	138
5	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	61
6	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	49
7	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	37
8	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	29
9	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	19
10	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	< 4

B-[3].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

1	PRIVATAMBULANZ
	VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
	VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
	VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
	VI40 - Schmerztherapie
	<i>Angiologische Untersuchungen und Behandlungen</i>

B-[3].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[3].11 Personelle Ausstattung

B-[3].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE				
Gesamt:	15,77	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	15,77	Ohne:	0,00
	Ambulant:	0,00	Stationär:	15,77
Versorgungsform:		Fälle je Anzahl:	77,8	

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	3,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 3,00	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 3,00	Fälle je Anzahl: 409,0

B-[3].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Innere Medizin und Angiologie
2	Innere Medizin und Kardiologie
3	Radiologie
4	Anästhesiologie
5	Allgemeinchirurgie

B-[3].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Geriatric
2	Suchtmedizinische Grundversorgung
3	Intensivmedizin

B-[3].11.2 Pflegepersonal
MÄßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,71

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	31,97		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 31,71	Ohne: 0,26	

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 31,97
		Fälle je Anzahl: 38,4

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	8,56	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 8,56	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 8,56
		Fälle je Anzahl: 143,3

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,13	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,13

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,13
		Fälle je Anzahl: 9438,5

PFLEGEHELPERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	2,67	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 2,67	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,67
		Fälle je Anzahl: 459,6

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,01	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,01

Versorgungsform:

Ambulant: 0,00

Stationär: 0,01

Fälle je
Anzahl: 122700,0

B-[3].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[3].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Entlassungsmanagement
2	Geriatric
3	Schmerzmanagement
4	Basale Stimulation
5	Wundmanagement
6	Bobath
7	Diabetes
8	Kinästhetik

B-[4] Neurologie

B-[4].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Neurologie
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	22337

Ort:	Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/epilepsie-zentrum-hamburg/

B-[4].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2800) Neurologie

B-[4].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Stefan R. G. Stodieck, Chefarzt Neurologie-Epileptologie
Telefon:	040 5077 4206
Fax:	040 5077 3471
E-Mail:	s.stodieck@eka.alsterdorf.de
Adresse:	Elisabeth-Flügge-Straße 1
PLZ/Ort:	22337 Hamburg
URL:	https://evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/epilepsie-zentrum-hamburg/

B-[4].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarungen geschlossen
---	--------------------------------------

B-[4].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Sonstige <i>Es finden regelmäßige interdisziplinäre prächirurgische Fallkonferenzen statt. Bei Patienten, mit Herzrhythmusstörungen als mögliche Ursache für Anfälle, erfolgt eine spezielle EKG Abklärung.</i>
2	Sonstige <i>In Kooperation mit dem Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift und dem Werner Otto Institut wurden spezielle Diagnostikplätze (päd. Video-EEGMonitoring) Kinder und Jugendliche eingerichtet.</i>

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
3	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden <i>Die Fachabteilung Neurologie/ Epileptologie ist Kern des Epilepsiezentrums für Norddeutschland und ausgestattet mit modernster Technik zur Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden, z.B. mittels Intensiv-Video-EEG-Monitoring und Schlaflabor.</i>
4	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation <i>Hinsichtlich der neurochirurgischen, neuroradiologischen und nuklearmedizinischen Versorgung von Patienten sind definierte Leistungen im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit dem Universitätsklinikum Eppendorf inkl. Indikationsstellung und postoperative Nachkontrolle von Patienten mit Epilepsie.</i>
5	Schlafmedizin <i>Differentialdiagnose und Therapie von Narkolepsie, REM-Schlafverhaltensstörung, NREM-Parasomnien</i>
6	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
7	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) <i>In Kooperation mit der Abteilung Radiologie und den Abteilungen Neuroradiologie und Neurochirurgie im UKE.</i>

B-[4].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	1599
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[4].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen	953
2	G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome	191
3	F44.5	Dissoziative Krampfanfälle	120
4	G90.48	Sonstige autonome Dysreflexie	66
5	G47.8	Sonstige Schlafstörungen	39
6	G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen	31
7	G47.4	Narkolepsie und Kataplexie	26
8	G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet	18
9	G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome	16
10	G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal)	11
11	R55	Synkope und Kollaps	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
12	F44.88	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	7
13	G43.1	Migräne mit Aura [Klassische Migräne]	7
14	G25.80	Periodische Beinbewegungen im Schlaf	7
15	R56.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	5
16	F51.0	Nichtorganische Insomnie	5
17	G47.9	Schlafstörung, nicht näher bezeichnet	5
18	G25.81	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]	4
19	G47.1	Krankhaft gesteigertes Schlafbedürfnis	4
20	G25.3	Myoklonus	< 4
21	G47.0	Ein- und Durchschlafstörungen	< 4
22	G40.5	Spezielle epileptische Syndrome	< 4
23	R42	Schwindel und Taumel	< 4
24	G40.8	Sonstige Epilepsien	< 4
25	F51.3	Schlafwandeln [Somnambulismus]	< 4
26	R29.6	Sturzneigung, anderenorts nicht klassifiziert	< 4
27	G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom	< 4
28	G25.88	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	< 4
29	R41.8	Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen	< 4
30	F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	< 4

B-[4].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	G40	Epilepsie	1225
2	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	130
3	G47	Schlafstörungen	79
4	G90	Krankheiten des autonomen Nervensystems	67
5	G25	Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	16
6	F51	Nichtorganische Schlafstörungen	13
7	G43	Migräne	8
8	R55	Synkope und Kollaps	7

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
9	F45	Somatoforme Störungen	5
10	R56	Krämpfe, anderenorts nicht klassifiziert	5

B-[4].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	1-210	Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Klärung eines Verdachts auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation	1004
2	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	852
3	1-207.0	Elektroenzephalographie [EEG]: Routine-EEG (10/20 Elektroden)	595
4	1-901.0	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Einfach	390
5	9-411.25	Gruppentherapie: Gesprächspsychotherapie: An 2 bis 5 Tagen	381
6	9-401.00	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	376
7	1-204.2	Untersuchung des Liquorsystems: Lumbale Liquorpunktion zur Liquorentnahme	375
8	8-972.1	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage	373
9	9-410.24	Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie: An einem Tag	353
10	9-401.30	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	337
11	8-972.0	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage	315
12	9-411.24	Gruppentherapie: Gesprächspsychotherapie: An einem Tag	314
13	9-411.04	Gruppentherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An einem Tag	309
14	1-213	Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien	292
15	8-972.2	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie: Mindestens 21 Behandlungstage	196
16	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	181
17	9-404.0	Neuropsychologische Therapie: Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden	174
18	9-401.31	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	158

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
19	9-411.05	Gruppentherapie: Kognitive Verhaltenstherapie: An 2 bis 5 Tagen	121
20	1-266.2	Elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, nicht kathetergestützt: Kipptisch-Untersuchung zur Abklärung von Synkopen	114
21	9-401.01	Psychosoziale Interventionen: Sozialrechtliche Beratung: Mehr als 2 Stunden bis 4 Stunden	113
22	1-790	Polysomnographie	112
23	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	102
24	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	82
25	1-795	Multipler Schlaflatenztest (MSLT)/multipler Wachbleibetest (MWT)	72
26	9-401.32	Psychosoziale Interventionen: Supportive Therapie: Mehr als 4 Stunden	62
27	3-820	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel	61
28	9-410.25	Einzeltherapie: Gesprächspsychotherapie: An 2 bis 5 Tagen	50
29	1-901.1	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik: Komplex	48
30	9-984.9	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4	48

B-[4].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-411	Gruppentherapie	1136
2	9-401	Psychosoziale Interventionen	1090
3	1-210	Nicht invasive Video-EEG-Intensivdiagnostik zur Klärung eines Verdachts auf Epilepsie oder einer epilepsiechirurgischen Operationsindikation	1004
4	8-972	Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie	884
5	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	852
6	1-901	(Neuro-)psychologische und psychosoziale Diagnostik	438
7	9-410	Einzeltherapie	415
8	1-204	Untersuchung des Liquorsystems	377
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	320
10	1-213	Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien	292

B-[4].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	EPILEPSIEAMBULANZ
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
	LEISTUNGEN:
	LK21 - Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Anfallsleiden
	<i>Spezialambulanz für Anfallsleiden mit Neurologie, Neuropsychologie, Psychotherapie, Schwangerenberatung bei Epilepsie.</i>
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
3	VOR- UND NACHSTATIONÄRE LEISTUNGEN NACH § 115A SGB V
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
4	SIMI - SENGELMANNINSTITUT FÜR MEDIZIN UND INKLUSION
	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V
	http://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/simi/

B-[4].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[4].11 Personelle Ausstattung

B-[4].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	16,92	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 16,92	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,88	Stationär:	15,04
		Fälle je Anzahl:	106,3

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	13,58		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 13,58	Ohne: 0,00	
Versorgungsform:	Ambulant: 1,88	Stationär: 11,70	Fälle je Anzahl: 136,7

B-[4].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

	FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)
1	Neurologie

B-[4].11.1.2 Zusatzweiterbildung

	ZUSATZ-WEITERBILDUNG
1	Schlafmedizin

B-[4].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,71

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	30,31		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 30,27	Ohne: 0,04	
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 30,31	Fälle je Anzahl: 52,8

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,85		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,85	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,85
			Fälle je Anzahl: 1881,2

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,00
			Fälle je Anzahl: 1599,0

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00
			Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,15		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,13	Ohne: 0,02
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,15
			Fälle je Anzahl: 10660,0

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN
Gesamt: 3,70

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,70 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,70
Fälle je Anzahl: 432,2

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN
Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN
Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN
Gesamt: 8,07

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 8,07 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,99 **Stationär:** 7,08
Fälle je Anzahl: 225,8

B-[4].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
3	Praxisanleitung
4	Hygienebeauftragte in der Pflege
5	Pflege in der Rehabilitation

B-[4].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Bobath
2	Wundmanagement
3	Basale Stimulation
4	Epilepsieberatung
5	Pflegeexperte Neurologie
6	Kinästhetik

B-[5] Allgemeine Psychiatrie

B-[5].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Allgemeine Psychiatrie
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	22337
Ort:	Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/fachbereich-psychiatrie-und-psychotherapie/

B-[5].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(2900) Allgemeine Psychiatrie

B-[5].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Prof. Dr. med. Sönke Art, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Telefon:	040 5077 3417
Fax:	040 5077 3264
E-Mail:	Soenke.Art@eka.alsterdorf.de
Adresse:	Elisabeth-Flügge-Straße 1
PLZ/Ort:	22337 Hamburg
URL:	https://evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/psychiatrie-und-psychotherapie/

B-[5].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[5].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
2	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
3	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
4	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
5	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
6	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
7	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
8	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
9	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
10	Psychiatrische Tagesklinik
11	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen

B-[5].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	578
Teilstationäre Fallzahl:	94

B-[5].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	174
2	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	117
3	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	92
4	F20.0	Paranoide Schizophrenie	35
5	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	18
6	F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	17
7	F06.3	Organische affektive Störungen	12
8	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	11
9	F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ	9
10	F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	9
11	F41.1	Generalisierte Angststörung	9
12	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	8
13	F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	7
14	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	7
15	F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ	6
16	F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt	4
17	F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	< 4

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
18	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
19	F06.2	Organische wahnhaft [schizophreniforme] Störung	< 4
20	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	< 4
21	F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode	< 4
22	F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	< 4
23	F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	< 4
24	F43.2	Anpassungsstörungen	< 4
25	F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	< 4
26	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	< 4
27	F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode	< 4
28	F22.0	Wahnhaftige Störung	< 4
29	F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]	< 4
30	F43.0	Akute Belastungsreaktion	< 4

B-[5].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F33	Rezidivierende depressive Störung	185
2	F32	Depressive Episode	146
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	92
4	F20	Schizophrenie	38
5	F25	Schizoaffektive Störungen	24
6	F31	Bipolare affektive Störung	17
7	F41	Andere Angststörungen	16
8	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	15
9	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	15
10	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	10

B-[5].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	948
2	9-649.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	813
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	712
4	9-649.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Keine Therapieeinheit pro Woche	667
5	9-649.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	584
6	9-649.20	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 0,05 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	582
7	9-649.50	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 1 Therapieeinheit pro Woche	504
8	9-980.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A1 (Regelbehandlung)	472
9	9-649.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	367
10	9-649.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	277
11	9-649.31	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 2 Therapieeinheiten pro Woche	267
12	9-649.12	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 3 Therapieeinheiten pro Woche	215
13	9-649.13	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 4 Therapieeinheiten pro Woche	116
14	9-649.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	99

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
15	9-981.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Abhängigkeitskranke: Behandlungsbereich S1 (Regelbehandlung)	98
16	9-980.5	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A6 (Tagesklinische Behandlung)	97
17	9-649.32	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 3 Therapieeinheiten pro Woche	93
18	9-982.0	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie: Behandlungsbereich G1 (Regelbehandlung)	49
19	9-649.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	45
20	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	41
21	9-649.53	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 4 Therapieeinheiten pro Woche	40
22	9-649.41	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	31
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	29
24	9-649.14	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 5 Therapieeinheiten pro Woche	26
25	9-649.15	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Ärzte: 6 Therapieeinheiten pro Woche	24
26	9-649.21	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Gruppentherapie durch Ärzte: Mehr als 1 bis 2 Therapieeinheiten pro Woche	23
27	9-980.1	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie: Behandlungsbereich A2 (Intensivbehandlung)	22
28	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	22
29	9-649.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	19
30	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	17

B-[5].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	5784
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	712
3	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Allgemeine Psychiatrie	591
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	115
5	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Gerontopsychiatrie	52
6	3-800	Native Magnetresonanztomographie des Schädels	17
7	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	16
8	3-200	Native Computertomographie des Schädels	14
9	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	13
10	9-640	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

B-[5].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ
	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
	LEISTUNGEN:
	VP03 - Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	VP08 - Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
	VP07 - Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
	VP04 - Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	VP06 - Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	VP01 - Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	VP02 - Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
	VP09 - Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	VP05 - Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

1	PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZ
	<i>In der Ambulanz werden Patienten mit geistiger bzw. Mehrfachbehinderung, die anderweitig nicht entsprechend versorgt werden können, behandelt.</i>
2	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz

B-[5].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[5].11 Personelle Ausstattung

B-[5].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE			
Gesamt:	10,95	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 10,95	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,53	Stationär:	9,42
		Fälle je Anzahl:	61,4
- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE			
Gesamt:	5,92		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 5,92	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 1,53	Stationär:	4,39
		Fälle je Anzahl:	131,7

B-[5].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Psychiatrie und Psychotherapie
2	Neurologie

B-[5].11.1.2 Zusatzweiterbildung

B-[5].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,71

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 33,02

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 32,57	Ohne: 0,45
---------------------------	-------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 33,02
		Fälle je Anzahl: 17,5

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt: 0,83

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,83	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,83
			Fälle je Anzahl:	696,4

PFLEGEASSISTENTINEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

KRANKENPFLEGEHILFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHILFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,03			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,00	Ohne:	0,03
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	1,03
			Fälle je Anzahl:	561,2

PFLEGEHILFERINNEN UND PFLEGEHILFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	6,18			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	6,18	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	6,18
			Fälle je Anzahl:	93,5

ENTBINDUNGSPFLERER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
---------	------	--	--	--

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	1,90			
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,90	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	1,90	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[5].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Hygienebeauftragte in der Pflege

B-[5].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Deeskalationstraining
3	Bobath
4	Kinästhetik

B-[5].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN

Gesamt:	2,41		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	2,41	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 2,41
			Fälle je Anzahl: 239,8

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN

Gesamt:	0,00		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,00
			Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,62		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,62	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,57	Stationär: 0,05
			Fälle je Anzahl: 11560,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN
Gesamt: 0,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,00 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,00
Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)
Gesamt: 2,35

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 2,35 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 2,35
Fälle je Anzahl: 246,0

ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN
Gesamt: 3,52

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,18 **Ohne:** 0,34

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,52
Fälle je Anzahl: 164,2

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN
Gesamt: 0,87

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 0,87 **Ohne:** 0,00

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 0,87
Fälle je Anzahl: 664,4

SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt:	3,32		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	3,32	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 3,32
			Fälle je Anzahl: 174,1

B-[6] Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[6].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Kinder- und Jugendpsychiatrie
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	22337
Ort:	Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychiatrie/

B-[6].1.1 Fachabteilungsschlüssel

FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL	
1	(3000) Kinder- und Jugendpsychiatrie

B-[6].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	PD Dr. Angela Plaß-Christl, Chefärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Telefon:	040 5077 4963
Fax:	040 5077 4810
E-Mail:	Angela.Plass-Christl@eka.alsterdorf.de
Adresse:	Elisabeth-Flügge-Straße 1
PLZ/Ort:	22337 Hamburg
URL:	https://evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychiatrie/

B-[6].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[6].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Pädiatrische Psychologie
2	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
3	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
4	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
5	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
6	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
7	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter <i>Diagnostik und Behandlung von Kindern mit erheblichen Entwicklungsstörungen, schwer behandelbaren Epilepsien, massiven Verhaltensstörungen im Kleinkind- und frühen Schulalter, ausgeprägten Ess-, Schlaf- und Schreistörungen im Säuglingsalter, Sondenentwöhnungen</i>
8	Psychiatrische Tagesklinik <i>Die Behandlung in der Tagesklinik wird von einem Elternteil begleitet. Der Schwerpunkt liegt auf der Therapie von Kindern im Alter bis zu zehn Jahren.</i>
9	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
	<i>Das Versorgungsangebot bezieht auf die Therapie von Fütter- und Essstörungen.</i>
10	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
12	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
13	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
14	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
15	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
16	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
17	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
18	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
19	Neuropädiatrie
20	Sozialpädiatrisches Zentrum <i>In Kooperation mit dem Werner-Otto-Institut.</i>
21	Integrierte Behandlung Eltern Kind - IBEK <i>Gemeinsame stationäre Behandlung von psychisch kranken Kindern und psychisch kranken Eltern.</i>
22	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
23	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen

B-[6].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	193
Teilstationäre Fallzahl:	52

B-[6].6 Hauptdiagnosen nach ICD

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	33
2	F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	32
3	F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	22
4	F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter	16

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
5	F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	11
6	F84.0	Frühkindlicher Autismus	10
7	F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	9
8	F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	7
9	F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	6
10	F84.5	Asperger-Syndrom	6
11	F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	5
12	F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	5
13	F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	5
14	F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	< 4
15	F84.1	Atypischer Autismus	< 4
16	F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	< 4
17	F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	< 4
18	F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	< 4
19	F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	< 4
20	F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	< 4
21	F34.1	Dysthymia	< 4
22	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	< 4
23	F21	Schizotype Störung	< 4
24	F50.8	Sonstige Essstörungen	< 4
25	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	< 4
26	F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert	< 4
27	F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	< 4
28	F40.01	Agoraphobie: Mit Panikstörung	< 4
29	F94.0	Elektiver Mutismus	< 4
30	F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	< 4

B-[6].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

	ICD	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	47
2	F90	Hyperkinetische Störungen	39
3	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	27
4	F91	Störungen des Sozialverhaltens	20
5	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	19
6	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	16
7	F42	Zwangsstörung	7
8	F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	6
9	F50	Essstörungen	< 4
10	F32	Depressive Episode	< 4

B-[6].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	239
2	9-696.40	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Gruppentherapie durch Psychologen: Mehr als 0,06 bis 1 Therapieeinheit pro Woche	236
3	9-983.0	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ1 (Kinderpsychiatrische Regel- und/oder Intensivbehandlung)	190
4	9-696.52	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 3 Therapieeinheiten pro Woche	180
5	9-696.55	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 6 Therapieeinheiten pro Woche	160
6	9-696.58	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 9 Therapieeinheiten pro Woche	129

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	9-696.39	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 10 Therapieeinheiten pro Woche	106
8	9-696.3g	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: Mehr als 16 Therapieeinheiten pro Woche	102
9	9-696.3a	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 11 Therapieeinheiten pro Woche	92
10	9-696.5b	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 12 Therapieeinheiten pro Woche	85
11	9-696.38	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 9 Therapieeinheiten pro Woche	82
12	9-696.36	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 7 Therapieeinheiten pro Woche	82
13	9-696.35	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 6 Therapieeinheiten pro Woche	80
14	9-696.54	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 5 Therapieeinheiten pro Woche	79
15	9-696.37	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 8 Therapieeinheiten pro Woche	76
16	9-696.3b	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 12 Therapieeinheiten pro Woche	60
17	9-696.33	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 4 Therapieeinheiten pro Woche	57
18	9-696.3d	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 14 Therapieeinheiten pro Woche	57
19	9-696.10	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 1 Therapieeinheit pro Woche	56
20	9-696.3c	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 13 Therapieeinheiten pro Woche	54
21	9-696.30	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 1 Therapieeinheit pro Woche	53

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
22	9-983.6	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Behandlungsbereich KJ7 (Tagesklinische Behandlung)	53
23	9-696.51	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 2 Therapieeinheiten pro Woche	45
24	9-696.3e	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Psychologen: 15 Therapieeinheiten pro Woche	44
25	9-696.11	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Ärzte: 2 Therapieeinheiten pro Woche	43
26	9-696.0	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Keine Therapieeinheit pro Woche	43
27	9-696.56	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 7 Therapieeinheiten pro Woche	41
28	9-696.5a	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 11 Therapieeinheiten pro Woche	40
29	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	39
30	9-696.57	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen: Einzeltherapie durch Spezialtherapeuten: 8 Therapieeinheiten pro Woche	37

B-[6].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	2757
2	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Kinder- und Jugendpsychiatrie	260
3	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	239
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	94
5	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	23
6	1-207	Elektroenzephalographie [EEG]	17

	OPS	BEZEICHNUNG	FALLZAHL
7	1-242	Audiometrie	15
8	1-243	Phoniatrie	4

B-[6].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden: **Nein**

Stationäre BG-Zulassung: **Nein**

B-[6].11 Personelle Ausstattung

B-[6].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt: 4,14 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten: 40,00

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,94 **Ohne:** 0,20

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 4,14
Fälle je Anzahl: 46,6

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt: 3,62

Beschäftigungsverhältnis: **Mit:** 3,42 **Ohne:** 0,20

Versorgungsform: **Ambulant:** 0,00 **Stationär:** 3,62
Fälle je Anzahl: 53,3

B-[6].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
2	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

B-[6].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Psychotherapie - fachgebunden -

B-[6].11.2 Pflegepersonal

MAßGEBLICHE WÖCHENTLICHE TARIFLICHE ARBEITSZEITEN:

38,71

GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	8,04	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 7,43	Ohne: 0,61
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 8,04
		Fälle je Anzahl: 24,0

GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGERINNEN UND GESUNDHEITS- UND KINDERKRANKENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	14,94	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 14,94	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 14,94
		Fälle je Anzahl: 12,9

ALTENPFLEGERINNEN UND ALTENPFLEGER (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

PFLEGEASSISTENTINNEN UND PFLEGEASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 2 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

KRANKENPFLEGEHELFERINNEN UND KRANKENPFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER 1 JAHR) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,05
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,05
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,05
		Fälle je Anzahl: 3860,0

PFLEGEHELFERINNEN UND PFLEGEHELFER (AUSBILDUNGSDAUER AB 200 STD. BASISKURS) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,68
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,68	Ohne: 0,00
---------------------------	------------------	-------------------

Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,68
		Fälle je Anzahl: 283,8

ENTBINDUNGSPFLEGER UND HEBAMMEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTINNEN UND OPERATIONSTECHNISCHE ASSISTENTEN (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE (AUSBILDUNGSDAUER 3 JAHRE) IN VOLLKRÄFTEN

Gesamt:	0,00
---------	------

Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,00	Ohne:	0,00
---------------------------	------	------	-------	------

Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär:	0,00
			Fälle je Anzahl:	0,0

B-[6].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

ANERKANNTE FACHWEITERBILDUNGEN / ZUSÄTZLICHE AKADEMISCHE ABSCHLÜSSE	
1	Leitung einer Station / eines Bereiches
2	Praxisanleitung
3	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

B-[6].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung - Zusatzqualifikation

ZUSATZQUALIFIKATIONEN	
1	Basale Stimulation
2	Bobath
3	Ernährungsmanagement
4	Kinästhetik
5	Deeskalationstraining

B-[6].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

DIPLOM-PSYCHOLOGINNEN UND DIPLOM-PSYCHOLOGEN

Gesamt:	2,88	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,24	Ohne: 1,64
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 2,88
		Fälle je Anzahl: 67,0

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGINNEN UND KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,00	
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 0,00	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär: 0,00
		Fälle je Anzahl: 0,0

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTINNEN UND KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Gesamt:	1,19		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,34	Ohne: 0,85
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,19
			Fälle je Anzahl: 162,2

PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IN AUSBILDUNG WÄHREND DER PRAKTISCHEN TÄTIGKEIT (GEMÄß § 8 ABSATZ 3, NR. 3 PSYCHOTHERAPEUTENGESETZ - PSYCHTHG)

Gesamt:	1,58		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,58	Ohne: 0,00
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 1,58
			Fälle je Anzahl: 122,2

ERGOTHERAPEUTINNEN UND ERGOTHERAPEUTEN

Gesamt:	2,97		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	1,52	Ohne: 1,45
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 2,97
			Fälle je Anzahl: 65,0

BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTEN, KRANKENGYMNASTINNEN UND KRANKENGYMNASTEN, PHYSIOTHERAPEUTINNEN UND PHYSIOTHERAPEUTEN

Gesamt:	0,79		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit:	0,19	Ohne: 0,60
Versorgungsform:	Ambulant:	0,00	Stationär: 0,79
			Fälle je Anzahl: 244,3

SOZIALARBEITERINNEN UND SOZIALARBEITER, SOZIALPÄDAGOGINNEN UND SOZIALPÄDAGOGEN

Gesamt: 3,10

Beschäftigungsverhältnis: Mit: 3,10 Ohne: 0,00

 Versorgungsform: Ambulant: 0,00 Stationär: 3,10
Fälle je Anzahl: 62,3

B-[7] Radiologie

B-[7].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart:	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung:	Radiologie
Straße:	Elisabeth-Flügge-Straße
Hausnummer:	1
PLZ:	22337
Ort:	Hamburg
URL:	https://www.evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/radiologie/

B-[7].1.1 Fachabteilungsschlüssel

	FACHABTEILUNGSSCHLÜSSEL
1	(3751) Radiologie

B-[7].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes:

Name/Funktion:	Dr. Gabriele Garz, Chefärztin Radiologie, Schwerpunkte: Spezialisierung auf dem Gebiet der Dentalen Computertomographie; Entzündungsdiagnostik / Implantatplanung im Bereich des Kiefers
Telefon:	040 5077 3249
Fax:	
E-Mail:	g.garz@eka.alsterdorf.de
Adresse:	Elisabeth-Flügge-Straße 1
PLZ/Ort:	22337 Hamburg
URL:	https://evangelisches-krankenhaus-alsterdorf.de/fachbereiche/radiologie/

B-[7].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V:

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[7].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
1	Radiologische Diagnostik bei erwachsenen Menschen mit Behinderung (stationär und ambulant mit KV-Ermächtigung)
2	Konventionelle Röntgenaufnahmen
3	Native Sonographie
4	Eindimensionale Dopplersonographie
5	Duplexsonographie
6	Sonographie mit Kontrastmittel
7	Endosonographie
8	Computertomographie (CT), nativ <i>Komplettes Spektrum</i>
9	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel <i>Komplettes Spektrum</i>
10	Knochendichtemessung (alle Verfahren)

MEDIZINISCHE LEISTUNGSANGEBOTE	
11	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
12	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

B-[7].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:	0
Teilstationäre Fallzahl:	0

B-[7].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[7].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

1	PRIVATAMBULANZ
	Privatambulanz
	LEISTUNGEN:
	VX00 - Dentale Computertomographie zur Planung von Zahnimplantationen und Entzündungsdiagnostik.
	VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
	VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen
	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
2	RÖNTGENDIAGNOSTIK VON GEISTIG UND KÖRPERLICH SCHWERST- UND MEHRFACHBEHINDERTEN PATIENTEN (ERMÄCHTIGUNG FÜR ALLE KASSEN)
	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
	LEISTUNGEN:
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
3	RICHTLINIE ÜBER DIE AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS NACH § 116B SGB V
	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

B-[7].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden:	Nein
Stationäre BG-Zulassung:	Nein

B-[7].11 Personelle Ausstattung

B-[7].11.1 Ärzte und Ärztinnen

ANZAHL ÄRZTINNEN UND ÄRZTE INSGESAMT OHNE BELEGÄRZTE

Gesamt:	1,78	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeiten:	40,00
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,78	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	1,78
		Fälle je Anzahl:	0,0

- DAVON FACHÄRZTINNEN UND FACHÄRZTE

Gesamt:	1,78		
Beschäftigungsverhältnis:	Mit: 1,78	Ohne:	0,00
Versorgungsform:	Ambulant: 0,00	Stationär:	1,78
		Fälle je Anzahl:	0,0

BELEGÄRZTINNEN UND BELEGÄRZTE

Anzahl in Personen:	0
Fälle je Anzahl:	0,0

B-[7].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

FACHARZTBEZEICHNUNG (GEBIETE, FACHARZT- UND SCHWERPUNKTKOMPETENZEN)	
1	Nuklearmedizin
2	Radiologie

B-[7].11.1.2 Zusatzweiterbildung

ZUSATZ-WEITERBILDUNG	
1	Röntgendiagnostik - fachgebunden -

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Dekubitusprophylaxe (DEK)
Fallzahl:	232
Anzahl Datensätze:	234
Dokumentationsrate (%):	100,86
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.
Leistungsbereich:	Hüftendoprothesenversorgung (HEP)
Fallzahl:	185
Anzahl Datensätze:	185
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausesbezogen berechnet

Leistungsbereich:	Zähleleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation (HEP_IMP)
Fallzahl:	178
Anzahl Datensätze:	178
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet

Leistungsbereich:	Zähleleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (HEP_WE)
Fallzahl:	10
Anzahl Datensätze:	10
Dokumentationsrate (%):	100
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet

Leistungsbereich:	Knieendoprothesenversorgung (KEP)
Fallzahl:	117
Anzahl Datensätze:	118
Dokumentationsrate (%):	100,85
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich:	Zähleleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation (KEP_IMP)
Fallzahl:	112
Anzahl Datensätze:	113
Dokumentationsrate (%):	100,89
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich:	Zähleleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel (KEP_WE)
Fallzahl:	5
Anzahl Datensätze:	5
Dokumentationsrate (%):	100

Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet
Leistungsbereich:	Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)
Fallzahl:	126
Anzahl Datensätze:	127
Dokumentationsrate (%):	100,79
Kommentar:	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbefugten berechnet. Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt

1	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich	
	Ergebnis-ID	101803
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	94,19
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	94,02 % - 94,36 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

2	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
	Ergebnis-ID	54140
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	98,53
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	98,43 % - 98,62 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
3	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
Ergebnis-ID	54141
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	96,65
Vertrauensbereich	96,51 % - 96,78 %

4 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54142
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,1
Vertrauensbereich	0,07 % - 0,12 %

5 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

Ergebnis-ID	54143
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,78
Referenzbereich	≤ 10,00 %
Vertrauensbereich	1,68 % - 1,88 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
6	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
Ergebnis-ID	52139
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	88,94
Referenzbereich	≥ 60,00 %
Vertrauensbereich	88,73 % - 89,15 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
7 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	0,87
Referenzbereich	≤ 3,44 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,85 % - 0,89 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

8	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.	
	Ergebnis-ID	52305
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten - Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	-
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	-

BUNDESERGBNIS	
Bundesergebnis	95,31
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	95,23 % - 95,39 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
9	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt
Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich	≤ 2,60 %
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,13 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
10	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,59
Referenzbereich	≤ 3,00 %
Vertrauensbereich	1,5 % - 1,68 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
11	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Ergebnis-ID	101802
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	55,05
Vertrauensbereich	54,68 % - 55,41 %
12 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGBNIS	
Bundesergebnis	1,11
Referenzbereich	≤ 4,29 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,05 % - 1,18 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
13	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)
Ergebnis-ID	2190
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 52,71 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	9
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,03
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,02 % - 0,04 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
14	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
Ergebnis-ID	2194
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1,01
Referenzbereich	≤ 2,77 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,04 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
15	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	2195
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Ja
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/ Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	-
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	-
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,04
Referenzbereich	≤ 6,14 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 1,19 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01 - Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	2,43
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	43
Erwartete Ereignisse	17,72
Grundgesamtheit	4807

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1,05
Referenzbereich	≤ 2,32 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,04 % - 1,06 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

17	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)	
	Ergebnis-ID	52326
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0,85 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	0,63 % - 1,15 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	41
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4807
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	0,33
	Vertrauensbereich	0,33 % - 0,33 %

18	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)	
	Ergebnis-ID	521801
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	0,06
	Vertrauensbereich	0,06 % - 0,06 %

19	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	
	Ergebnis-ID	52010
	Leistungsbereich	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	4807
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	0
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0 % - 0 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

20	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
	Ergebnis-ID	54001
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	86,56 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	80,91 % - 90,73 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	161
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	186
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	97,65
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	97,58 % - 97,72 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54002	
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	
Art des Wertes	QI	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	100 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	72,25 % - 100 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	10	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	10	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	93,38	
Referenzbereich	≥ 86,00 %	
Vertrauensbereich	93,02 % - 93,72 %	
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar	

22	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation	
	Ergebnis-ID	54003
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	10,35
	Referenzbereich	≤ 15,00 %
	Vertrauensbereich	10,11 % - 10,59 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden	
Ergebnis-ID	54004
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	96,95 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	92,41 % - 98,81 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	127
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	131
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,32
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,4 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

24	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
Ergebnis-ID		54016
Leistungsbereich		Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes		QI
Bezug zum Verfahren		QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		4 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		1,95 % - 8,03 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		7
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		175
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		1,48
Referenzbereich		≤ 6,48 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich		1,42 % - 1,54 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN		
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr		R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr		eingeschränkt/nicht vergleichbar

25	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)	
	Ergebnis-ID	54017
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	6,96
	Referenzbereich	≤ 19,26 % (95. Perzentil)
	Vertrauensbereich	6,59 % - 7,36 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

26	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)	
	Ergebnis-ID	54015
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGBNIS	
Bundesergebnis	1,01
Referenzbereich	≤ 2,15 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

27 Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Ergebnis-ID	54018
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	4,73
Referenzbereich	≤ 11,54 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,56 % - 4,9 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
28	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54019
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	2,28
Referenzbereich	≤ 7,32 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	2,21 % - 2,35 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Ergebnis-ID	54120
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,82
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,01
Referenzbereich	≤ 2,06 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,97 % - 1,05 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich; Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

30	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54012
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0,96
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich	≤ 2,44 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,04 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

31	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
	Ergebnis-ID	54013
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	-
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	0
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	99
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	0,05
	Referenzbereich	Sentinel Event
	Vertrauensbereich	0,04 % - 0,07 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

32	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)	
	Ergebnis-ID	191914
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
	Art des Wertes	TKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich	0,98 % - 1,04 %
33	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	10271
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	1,69
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGBNIS	
Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich	≤ 2,81 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,99 % - 1,06 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54020
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	80,41 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	71,42 % - 87,09 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	78
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	97
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	98,12
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	98,05 % - 98,2 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U32 - Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
35 Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht	
Ergebnis-ID	54021
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierem Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierem Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	85,69 % - 100 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	23
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	23
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	97,38
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	97,17 % - 97,59 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
Ergebnis-ID	54022
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	100 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	60,97 % - 100 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	6
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
BUNDESERGBNIS	
Bundesergebnis	94,43
Referenzbereich	≥ 86,00 %
Vertrauensbereich	94,01 % - 94,81 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

37 **Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)**

Ergebnis-ID	54123
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,17
Referenzbereich	≤ 4,38 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,12 % - 1,23 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
38	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	50481
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 43,45 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	5
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	3,76
Referenzbereich	≤ 10,40 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	3,44 % - 4,11 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
39	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
Ergebnis-ID	54124
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 3,1 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	120
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,94
Referenzbereich	≤ 3,80 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	0,9 % - 0,99 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
40	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
Ergebnis-ID	54125
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierter Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 39,03 %

FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	6
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	4,44
Referenzbereich	≤ 12,79 % (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	4,09 % - 4,81 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

41	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
Ergebnis-ID	54028
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru
 Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES

Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	0 % - 4,08 %

FALLZAHL

Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,91
Grundgesamtheit	114

BUNDESERGEBNIS

Bundesergebnis	1,08
Referenzbereich	≤ 4,95 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1,01 % - 1,17 %

QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

42 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)	
Ergebnis-ID	54127
Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	-
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	79
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	0,04
Referenzbereich	Sentinel Event
Vertrauensbereich	0,03 % - 0,05 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig	
	Ergebnis-ID	54128
	Leistungsbereich	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,25 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	91,65 % - 99,91 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	56
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	57
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	99,76
	Referenzbereich	≥ 98,27 % (5. Perzentil)
	Vertrauensbereich	99,73 % - 99,78 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	H20 - Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	2005
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	81,89 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	74,29 % - 87,62 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	104
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	127
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	98,77
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	98,73 % - 98,81 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID		232000_2005
Leistungsbereich		Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes		EKez
Bezug zum Verfahren		QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen		2005
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus		Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG		<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)		81,6 %
Risikoadjustierte Rate		0
Vertrauensbereich		73,9 % - 87,41 %
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse		102
Erwartete Ereignisse		-
Grundgesamtheit		125
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis		98,68
Vertrauensbereich		98,63 % - 98,73 %

46	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	2006	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	79,31 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	61,61 % - 90,15 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	23	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	29	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	98,83	
Vertrauensbereich	98,79 % - 98,87 %	

47	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232001_2006
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2006
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	77,78 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	59,24 % - 89,39 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	21
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	27
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	98,75
	Vertrauensbereich	98,69 % - 98,8 %

48	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID		2007
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	82,65 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	73,96 % - 88,88 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	81	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	98	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	97,54	
Vertrauensbereich	97,25 % - 97,81 %	

49	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232002_2007
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsee Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	82,65 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	73,96 % - 88,88 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	81
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	98
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	96,86
	Vertrauensbereich	96,41 % - 97,26 %

50	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	2009
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	86,2 % - 100 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	24
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	24
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	93,21
	Referenzbereich	≥ 90,00 %
	Vertrauensbereich	93,08 % - 93,34 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).	
	Ergebnis-ID	232003_2009
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	87,13 % - 100 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	26
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	26
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	83,04
	Vertrauensbereich	82,89 % - 83,19 %
52	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
	Ergebnis-ID	2013
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	QSKH
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	82,76 %
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	73,48 % - 89,26 %
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	72
Erwartete Ereignisse	-
Grundgesamtheit	87
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	92,64
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Vertrauensbereich	92,49 % - 92,79 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

53	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232004_2013
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	83,72 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	74,51 % - 90,05 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	72
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	86
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	92,7
	Vertrauensbereich	92,52 % - 92,87 %

54	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist	
	Ergebnis-ID	2028
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein-bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	95,42 % - 100 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	80
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	80
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	96,49
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,41 % - 96,58 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232005_2028
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	100 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	95,31 % - 100 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	78
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	78
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	95,89
	Vertrauensbereich	95,77 % - 96 %

56	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren	
Ergebnis-ID	2036	
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	98,75 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	93,25 % - 99,78 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	79	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	80	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	98,68	
Vertrauensbereich	98,62 % - 98,73 %	

57	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232006_2036
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,72 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	93,09 % - 99,77 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	77
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	78
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	98,64
	Vertrauensbereich	98,57 % - 98,71 %

58	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID		231900
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	
Art des Wertes	TKez	
Bezug zum Verfahren	QSKH	
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein	
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>	
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES		
Ergebnis (Einheit)	5,6 %	
Risikoadjustierte Rate	0	
Vertrauensbereich	2,74 % - 11,11 %	
FALLZAHL		
Beobachtete Ereignisse	7	
Erwartete Ereignisse	-	
Grundgesamtheit	125	
BUNDESERGEBNIS		
Bundesergebnis	15,52	
Vertrauensbereich	15,35 % - 15,69 %	

59	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).	
	Ergebnis-ID	232008_231900
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	5,51 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	2,7 % - 10,94 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	7
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	127
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	17,06
	Vertrauensbereich	16,92 % - 17,2 %

60	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	50778
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierter Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gr Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	0,18
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	—
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
	Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
	Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGBNIS	
Bundesergebnis	1,02
Referenzbereich	≤ 1,98 (95. Perzentil)
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %
QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umke</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0,18
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)

BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %
62	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.
Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	QSKH
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umse Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.</p>
RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
Ergebnis (Einheit)	0
Risikoadjustierte Rate	0
Vertrauensbereich	—
FALLZAHL	
Beobachtete Ereignisse	(Datenschutz)
Erwartete Ereignisse	(Datenschutz)
Grundgesamtheit	(Datenschutz)
BUNDESERGEBNIS	
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich	1 % - 1,03 %

63	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen	
	Ergebnis-ID	50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	QI
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Gru Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,43 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	94,44 % - 99,57 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	125
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	127
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	96,76
	Referenzbereich	≥ 95,00 %
	Vertrauensbereich	96,69 % - 96,82 %
	QUALITATIVE BEWERTUNG DES KRANKENHAUSES DURCH DIE BEAUFTRAGTEN STELLEN	
	Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10 - Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
	Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
	Ergebnis-ID	232009_50722
	Leistungsbereich	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
	Art des Wertes	EKez
	Bezug zum Verfahren	QSKH
	Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
	Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	Nein
	Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzung Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.</p>
	RECHNERISCHES ERGEBNIS DES KRANKENHAUSES	
	Ergebnis (Einheit)	98,4 %
	Risikoadjustierte Rate	0
	Vertrauensbereich	94,35 % - 99,56 %
	FALLZAHL	
	Beobachtete Ereignisse	123
	Erwartete Ereignisse	-
	Grundgesamtheit	125
	BUNDESERGEBNIS	
	Bundesergebnis	96,71
	Vertrauensbereich	96,63 % - 96,79 %

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Angabe, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtend Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden:

- Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.
- Es wurden keine Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	LEISTUNGSBEREICH	AUSWAHL
1	Anästhesiologie	Ja
2	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	Trifft nicht zu
3	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	Trifft nicht zu
4	Schlaganfall	Trifft nicht zu

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Erbrachte Menge:	88
Begründung:	

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Bezeichnung:	Kniegelenk-Totalendoprothesen
Leistungsberechtigung im Prognosejahr:	Ja
Prüfung durch Landesverbände:	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr:	88
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres:	91
Ausnahmetatbestand:	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden:	Nein
Aufgrund der Übergangsregelung zur Leistungserbringung berechtigt:	Nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen:	72
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen:	46
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben:	46

* nach den "Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus" (siehe www.g-ba.de).

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 1
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 3
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 3
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 14
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 14

Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 16
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 16
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 4
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 4
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 5
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 5
Schicht:	Nachtschicht

Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	100
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 6
Schicht:	Tagschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	50
Ausnahmetatbestände:	0

Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 6
Schicht:	Nachtschicht
Monatsbezogener Erfüllungsgrad:	0
Ausnahmetatbestände:	0

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 1
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	99,53

Der pflegesensitive Bereich:	Intensivmedizin
Station:	Station 1
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 3
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 3
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100

Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
------------------------------	-----------

Station:	Station 14
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 14
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 16
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Geriatric
Station:	Station 16
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	100
Der pflegesensitive Bereich:	Neurology
Station:	Station 4
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	83,33
Der pflegesensitive Bereich:	Neurology
Station:	Station 4
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	63,33
Der pflegesensitive Bereich:	Neurology
Station:	Station 5
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	85
Der pflegesensitive Bereich:	Neurology
Station:	Station 5
Schicht:	Nachtschicht

Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	66,67
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 6
Schicht:	Tagschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	50
Der pflegesensitive Bereich:	Neurologie
Station:	Station 6
Schicht:	Nachtschicht
Schichtbezogener Erfüllungsgrad:	50