

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2017

Immanuel Krankenhaus Berlin - Standort Buch

Dieser Qualitätsbericht wurde mit der Software promato QBM 2.0 am 24.02.2019 um 21:21 Uhr erstellt.

netfutura Deutschland GmbH: <https://www.netfutura.de>

promato QBM: <https://qbm.promato.de>

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	7
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	7
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	9
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	11
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen	11
A-11.2 Pflegepersonal	12
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	13
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	15
A-12.1 Qualitätsmanagement	15
A-12.2 Klinisches Risikomanagement	15
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements	17
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	19
A-13 Besondere apparative Ausstattung	20
Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	21
B-[1].1 Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie	21
B-[1].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	21
B-[1].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	23
B-[1].6 Diagnosen nach ICD	23
B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	23
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	24
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	25
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	25
B-[1].11 Personelle Ausstattung	25
B-11.1 Ärzte und Ärztinnen	25
B-11.2 Pflegepersonal	26
B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und	

Psychosomatik	27
Teil C - Qualitätssicherung	28
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	28
C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	28
C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]	31
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	57
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	57
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	57
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V	57
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")	57
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V	57

Einleitung

Bild der Einrichtung / Organisationseinheit



(c) Immanuel Krankenhaus Berlin | Standort Buch

Einleitungstext

Das **Immanuel Krankenhaus Berlin** mit seinen Standorten in Berlin-Wannsee und Berlin-Buch ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung für Rheumaorthopädie, Rheumatologie, Naturheilkunde und Osteologie.

Aufgrund des interdisziplinären Ansatzes können Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates ganzheitlich behandelt werden. Jährlich werden stationär ca. 7.000 und ambulant ca. 21.000 Patientinnen und Patienten versorgt.

Werte bilden eine verbindliche Grundlage in allen Einrichtungen der Immanuel Diakonie. In einem gemeinsamen Werteprozess mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind diese durchdacht und im Jahr 2015 neu formuliert worden.

- **Immanuel**

Den Menschen als Ganzes sehen – mit Körper, Geist und Seele: diese Haltung entspricht unserem christlichen Menschenbild. Bei uns steht der Mensch in seiner Einmaligkeit an erster Stelle – gleich welcher Herkunft, Weltanschauung oder Lebensweise, wie alt oder jung, stark oder schwach, arm oder reich, gesund oder gesundheitlich beeinträchtigt. Und aus diesem christlichen Verständnis der Nächstenliebe entsteht die Kraft, die uns alle antreibt. Und weil „Gott mit uns ist“ (hebräisch: „Immanuel“), versuchen wir immer ein Stück mutiger zu sein.

- **Fürsorge**

Jedem Menschen – auch uns selbst – achtsam, wertschätzend und hilfreich zu begegnen: das entspricht unserem diakonischen Selbstverständnis. Wir legen Wert auf einen fürsorglichen und menschenfreundlichen

Umgang miteinander: auf gelebte Nächstenliebe – vom Beginn des Lebens bis über den Tod hinaus!

◦ **Gerechtigkeit**

Egal in welcher Rolle oder Beziehung ein Mensch zu uns steht – ob Patient, Bewohner, Gast, Ratsuchender, Angehöriger, Kunde oder Mitarbeiter: die jeweils individuellen Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt unseres Handelns. Zu einer optimalen Gesundheitsversorgung und Wirtschaftlichkeit bei der Durchführung unserer Leistungen gehört unabdingbar das Wohl der uns anvertrauten Menschen.

◦ **Erfolgsorientierung**

So unterschiedlich unsere Leistungen sind – sie haben ein eindeutiges Ziel: den möglichst weitreichenden, auf Dauer angelegten Erfolg in der Behandlung, Betreuung und Begleitung der Menschen. Dazu gehören sowohl eine breite Fachkompetenz und ein umsichtiges Wirtschaften als auch der Anspruch, sich durch neue Erkenntnisse weiterzuentwickeln – sowohl methodisch als auch menschlich.

◦ **Teamgeist**

Teamgeist: das ist eine elementare Voraussetzung für jeden Mitarbeitenden der Immanuel Diakonie – egal aus welcher Berufsgruppe. Dieses Zusammengehörigkeitsgefühl – verbunden mit gegenseitigem Vertrauen – prägt unsere Arbeit. Wir arbeiten Hand in Hand. Jeder kann sich auf den anderen verlassen. Und von diesem Miteinander profitieren alle.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Anne-Christin Klatt
Position	Qualitätsmanagement und Sozialdienst
Telefon	030 / 94792 - 410
Fax	030 / 94792 - 269
E-Mail	a.klatt@immanuel.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name	Dipl.-Kfm. Roy J. Noack
Position	Geschäftsführer
Telefon.	030 / 80505 - 257
Fax	030 / 80505 - 288
E-Mail	r.noack@immanuel.de

Weiterführende Links

URL zur Homepage	http://berlin.immanuel.de
URL für weitere Informationen	http://naturheilkunde.immanuel.de
Weitere Links:	<ul style="list-style-type: none">◦ http://www.youtube.com/User/ImmanuelDiakonie (YouTube-Kanal der Immanuel Diakonie)◦ http://www.immanuel.de (Website der Immanuel Diakonie)◦ http://www.immanuel-diakonie-blog.de/ (Blog der Immanuel Diakonie)

Teil A - Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

I. Angaben zum Krankenhaus

Name:	Immanuel Krankenhaus Berlin
Institutionskennzeichen:	261100504
Standortnummer:	99
Hausanschrift:	Königstraße 63 14109 Berlin
Postanschrift:	Königstraße 63 14109 Berlin
Internet	http://berlin.immanuel.de

Ärztliche Leitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Andreas Krause	Ärztlicher Direktor/ Chefarzt der Inneren Medizin/Rheumatolo gie	030 / 80505 - 292	030 / 80505 - 299	a.krause@immanuel. de

Pflegedienstleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Pflegerin Martina Kringe	Pflegedirektorin	030 / 80505 - 259	030 / 80505 - 288	m.kringe@immanuel .de

Verwaltungsleitung des Krankenhauses

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Kfm. Roy J. Noack	Geschäftsführer	030 / 80505 - 257	030 / 80505 - 288	r.noack@immanuel.d e

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

Name:	Immanuel Krankenhaus Berlin - Standort Buch
Institutionskennzeichen:	261100504
Standortnummer:	02
Hausanschrift:	Lindenberger Weg 19 13125 Berlin
Postanschrift:	Lindenberger Weg 19 13125 Berlin
Internet	http://berlin.immanuel.de

Ärztliche Leitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Andreas Krause	Ärztlicher Direktor/ Chefarzt der Inneren Medizin/Rheumatolo gie	030 / 94792 - 300	030 / 94792 - 550	a.krause@immanuel. de

Pflegedienstleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl. - Pflegerin Martina Kringe	Pflegedirektorin	030 / 94792 - 500	030 / 94792 - 269	m.kringe@immanuel .de

Verwaltungsleitung des berichtenden Standorts

Name	Position	Telefon	Fax	E-Mail
Dipl.-Kfm. Roy J. Noack	Geschäftsführer	030 / 94792 - 401	030 / 94792 - 269	r.noack@immanuel.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name: Immanuel-Krankenhaus GmbH
Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus Akademisches Lehrkrankenhaus
Universität
◦ Charité-Universitätsmedizin, eine gemeinsame Einrichtung der Freien Universität Berlin und der Humboldt Universität Berlin

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	Abteilung Physiotherapie
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	Abteilung Physiotherapie, auch für ambulante Patienten
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	Abteilung Physiotherapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	Abteilung Physiotherapie
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Nach ärztlicher Anordnung erfolgt eine spezielle krankheitsbezogene Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	Entlassungsmanagement gemäß den gesetzlichen Vorgaben und dem Expertenstandard Entlassung
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	Ergotherapeutische Befunderhebung, passive und aktive Mobilisierung, Hilfsmittelberatung und -versorgung, thermische Anwendungen für die Hände, Schienenberatung
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	Pflegesystem Bereichspflege; Pflegemodell nach Orem - Hilfe zur Selbsthilfe
MP18	Fußreflexzonenmassage	Abteilung Physiotherapie
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	Training und Beratung erfolgt individuell und bei Bedarf durch Abteilung Physiotherapie (Inkontinenztraining)
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Abteilung Physiotherapie
MP25	Massage	Abteilung Physiotherapie
MP26	Medizinische Fußpflege	auf Anfrage durch einen externen Dienstleister möglich

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	Manuelle Therapie, Triggerpointbehandlung und Osteopathie über die Abteilung Physiotherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Abteilung Physiotherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Abteilung Physiotherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	Abteilung Physiotherapie, z.B. Aqua Fitness, Cardio fit
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Einzelgespräche, krankheitsspezifische Gesprächsrunden und Patientenschulungen
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	Abteilung Physiotherapie
MP37	Schmerztherapie/-management	ausgebildete Painnurses, Implementierung eines umfassenden Schmerzmanagements; Abteilung Physiotherapie: Elektrotherapie, Hydrotherapie
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	u.a. Sturzprophylaxe, Wundmanagement; Patientenschulungen zu rheumatologischen Erkrankungen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Konzentrierte Entspannung
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	rheumaspezifische individuelle Pflege, Weiterbildung von Mitarbeitern des Pflegedienstes zur Rheumatologischen Fachassistenz
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	erfolgt über ärztliche Verordnung durch einen externen Dienstleister
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Pelosebad, Pelosepackung
MP51	Wundmanagement	Wundtherapie nach neuesten medizinischen Erkenntnissen durch enge Zusammenarbeit zwischen ausgebildeten Wundmanagern und ärztlichen Kollegen
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Rheumaliga; Fortbildungen mit der Rheumaakademie
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	Abteilung Physiotherapie
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	regelmäßig stattfindende Patienteninformationstage zu verschiedenen Themen
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum			

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	URL	Kommentar / Erläuterung
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle			
NM18	Telefon am Bett	1,30 EUR pro Tag (max) ins deutsche Festnetz 0,10 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz 0 EUR bei eingehenden Anrufen		5,-€ Pfand für die Telefonkarte
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer			
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad			
NM40	Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen			
NM42	Seelsorge			Unser Klinikseelsorger steht den Patientinnen und Patienten in allen Glaubens- und Lebensfragen zur Verfügung
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen			regelmäßig stattfindende Patienteninformationstage zu wechselnden Themen
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen			Deutsche Rheuma-Liga
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Anhand unserer Speisekarte können Sie aus verschiedenen Komponenten wählen. Dadurch können wir jederzeit flexibel und zeitnah auf besondere Wünsche und Essgewohnheiten eingehen.		
NM67	Andachtsraum			Raum der Stille in Haus 201, OG

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Prof. Krause und Prof. Schmidt lehren an der Charité
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Prof. Krause, Prof. Schmidt: versch. internistisch-rheumatologische Lehrveranstaltungen im Rahmen des Modellstudienganges an der Charité, Ausbildung von Studenten im Prakt. Jahr an den Standorten Buch und Wannsee; Staatsexamensprüfung Innere Medizin im Studiengang Zahnmedizin
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	Prof. Krause und Prof. Schmidt: Mayo Clinic, Universität Boston (USA), Universität Oxford, Universität Southend, Universität Leeds (Großbritannien), Universität Graz (Österreich), Universität Paris, Universität Rom, Universität Barcelona, Universität Düsseldorf, Universität Leipzig
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	Prof. Krause, Prof. Schmidt: Trichuris suis ora bei RA (IIT, Phase II)
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	Prof. Krause, Prof. Schmidt: mehrere Studien

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	Prof. Krause: Initiierung und Leitung der monozentrischen "TSORA" Studie; Prof. Schmidt: Eular Recommendations on Imaging in Large Vessel Vasculitis, OMERACT Ultrasound Subtask Force Gout, OMERACT Ultrasound Subtask Force Large Vessel Vasculitis,
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	Prof. Krause: ArthritisRHEUMA Beirat "Aktuelle Rheumatologie", Prof. Schmidt: International Journal for Rheumatic Diseases
FL09	Doktorandenbetreuung	K. Pagel: "Kapillarmikroskopie vs. Farbdoppler Sonographie beim Raynaud Phänomen"; K. Weiß: "Sonographie bei Kollagenosen"; K. Schlüter: "Follow-Up Studie bei Riesenzellarteriitis"; S. Burger: "Behandlung der rheumatoiden Arthritis mit Trichuris suis Oozyten (TSO®)"

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Ausbildung eigener Krankenpflegeschüler an der Akademie der Gesundheit in Berlin-Buch und Kooperationspartner für die praktische Ausbildung
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Kooperationspartner für die praktische Ausbildung

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Anzahl der Betten	85
-------------------	----

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:	2232
Teilstationäre Fallzahl:	47
Ambulante Fallzahl:	20000

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	13,83
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,83

Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	3,77
Stationäre Versorgung	10,06

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	7,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,75
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,87
Stationäre Versorgung	4,88
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)

Anzahl Personen	0
-----------------	---

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

A-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	34,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,98
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Ambulante Versorgung	3,26
Stationäre Versorgung	30,76

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0

Stationäre Versorgung	0
-----------------------	---

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	0,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,96
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,96

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte (gesamt)	6,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,44
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Ambulante Versorgung	6,45
Stationäre Versorgung	0

davon ohne Fachabteilungszuordnung

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0

Stationäre Versorgung	0
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	38,50

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

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Spezielles therapeutisches Personal	Diätassistent und Diätassistentin (SP04)
Anzahl Vollkräfte	0,42
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,42
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,42
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Ergotherapeut und Ergotherapeutin (SP05)
Anzahl Vollkräfte	4,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,99
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	3,14
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	4,13
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin (SP15)
Anzahl Vollkräfte	5,61
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	5,61
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	5,61
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Physiotherapeut und Physiotherapeutin (SP21)
Anzahl Vollkräfte	10,70
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,18
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	9,52
Ambulante Versorgung	0,01
Stationäre Versorgung	10,69
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin (SP23)
Anzahl Vollkräfte	0,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,78
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,78
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin (SP25)
Anzahl Vollkräfte	1,00
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,00
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	1,00
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta (SP32)
Anzahl Vollkräfte	2,46
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	2,46
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	2,46
Kommentar/ Erläuterung	

Spezielles therapeutisches Personal	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie (SP42)
Anzahl Vollkräfte	6,20
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	6,20
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	6,20
Kommentar/ Erläuterung	

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Anne-Christin Klatt
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätsmanagement und Sozialdienst
Telefon	030 94792 410
Fax	030 94792 269

E-Mail	a.klatt@immanuel.de
A-12.1.2 Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Krankenhausleitung mit Geschäftsführer, Pflegedirektorin und Chefärzten; Qualitätsmanagementbeauftragte/Qualitätsmanager der Kliniken der Immanuel Diakonie
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	eigenständige Position für Risikomanagement
Name	Dipl.-Kfm. Roy J. Noack
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Geschäftsführer
Telefon	030 80505 257
Fax	030 80505 288
E-Mail	r.noack@immanuel.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht?	ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Krankenhausleitung bestehend aus Geschäftsführer, Pflegedirektorin und Chefärzten
Tagungsfrequenz des Gremiums	monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Alle Dokumente im Qualitäts- und Risikomanagement werden den Mitarbeitern aktuell elektronisch zur Verfügung gestellt und im Dokumentenmanagementsystem gelenkt und verwaltet. 2017-09-07
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM05	Schmerzmanagement	Alle Dokumente im Qualitäts- und Risikomanagement werden den Mitarbeitern aktuell elektronisch zur Verfügung gestellt und im Dokumentenmanagementsystem gelenkt und verwaltet. 2018-07-26
RM06	Sturzprophylaxe	Modifizierter Expertenstandard zur Sturzprophylaxe 2016-05-27
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Modifizierter Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe 2017-06-12

Nr.	Instrument / Maßnahme	Zusatzangaben
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Verfahrensweisung zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen 2017-09-25
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Verfahrensweisung zu Vorkommnissen mit Medizinprodukten 2015-08-01
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Die entsprechenden Dokumente werden den Mitarbeitern über das Dokumentenmanagementsystem zur Verfügung gestellt. 2017-10-26

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Existiert ein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	Optimierung der Dienstkleidung zur Verbesserung der Infektionsprävention

Einrichtunginterne Fehlermeldesysteme

Nr.	Einrichtung internes Fehlermeldesystem	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	2017-12-01
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	jährlich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Existiert ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz	monatlich

Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme

Nummer	Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
------------------------------------------------------	---

Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	1
Hygienefachkräfte (HFK)	3
Hygienebeauftragte in der Pflege	2
Eine Hygienekommission wurde eingerrichtet	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Tagungsfrequenz der Hygienekommission	halbjährlich

Vorsitzender der Hygienekommission

Name	Dr. med. Georg Garanin
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt
Telefon	030 80505 920
Fax	030 80505 925
E-Mail	g.garanin@immanuel.de

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?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
---------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Der Standard thematisiert insbesondere

Hygienische Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Beachtung der Einwirkzeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	<input checked="" type="checkbox"/> ja

Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Allgeminestationen wurde für das Berichtsjahr erhoben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen	7 ml/Patiententag
Ist eine Intensivstation vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Nein
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen?	<input checked="" type="checkbox"/> nein

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

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
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).	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen?	<input checked="" type="checkbox"/> ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Hygienebezogene Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar/ Erläuterung
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk-Treffen	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		erfüllt durch Dienstleister
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen		Hygienebasisschulungen und Veranstaltungen zu aktuellen Hygienethemen

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Im Immanuel Krankenhaus ist eine kontinuierliche Patientenbefragung unter dem Motto "Ihre Meinung ist uns wertvoll" etabliert. Auf diesem Bogen können im Freitext Lob und Beschwerden geäußert werden.
---------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	Beschwerden können über den Patientenfragebogen, in schriftlicher oder mündlicher Form geäußert werden. Die Bearbeitung der Beschwerden ist in einem Konzept festgeschrieben.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Anonyme Eingabemöglichkeiten existieren	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	
Patientenbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	◦ Neben der kontinuierlichen Patientenbefragung werden regelmäßige Patientenbefragungen unter externer Begleitung durchgeführt.
Einweiserbefragungen	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Anne Klatt	Qualitätsmanagement und Sozialdienst	030 94792 410	030 94792 269	a.klatt@immanuel.de

Patientenfürsprecher oder Patientenfürsprecherin

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Werner Zingler	Patientenfürsprecher	030 94792 358		w.zingler@immanuel.de

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h	Kommentar / Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Nein	über Kooperationspartner
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Nein	über Kooperationspartner
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	Nein	über enge Kooperation mit dem Helios Klinikum

Teil B - Struktur und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[1].1 Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie

Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
Fachabteilungsschlüssel	0109
Art der Abteilung	Hauptabteilung

Zugänge

Straße	PLZ / Ort	Internet
Lindenberger Weg 19	13125 Berlin	

Chefärztinnen/-ärzte:

Name	Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Telefon	Fax	E-Mail
Prof. Dr. med. Andreas Krause	Ärztlicher Direktor/ Chefarzt der Inneren Medizin/Rheumatologie	030 / 94792 - 300	030 / 94792 - 550	a.krause@immanuel.de

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 nach § 135c SGB V:	Keine Zielvereinbarung getroffen
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

Kommentar/Erläuterung:

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI00	Behandlung entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen und nicht entzündlicher weichteilrheumat. Schmerzserkrankungen mit der multimodalen rheumatologischen Komplextherapie	Behandlung in mindestens 3 Therapiebereichen mind. 11 Stunden/Wochen (Physik. Therapie, Schmerztherapie, Psychotherapie, Patientenschulung)
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik und Kooperation mit der §116b Ambulanz der Evangelischen Lungenklinik (ELK) in Buch
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik; Akutsprechstunde bei Verdacht auf Riesenzellerarteriitis
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik (Nierenbiopsie, Dialyse); Nephrologische Fachärzte im Team
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	eigene Abteilung Osteologie und Stoffwechselerkrankungen am Standort Wannsee
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik; Gastroskopie am Standort Buch
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik, Schwerpunkt
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	Hauptkompetenz, Schwerpunkt
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Schwerpunkt: infektionsassoziierte rheumatische Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde	Teenager Sprechstunde im Zentrum für ambulante Rheumatologie
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	Hauptkompetenz, Schwerpunkt
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	invasive Diagnostik und spez. Therapieverfahren in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik
VI35	Endoskopie	Gastroskopie
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	Multimodale Rheumatologische Komplextherapie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	über enge Kooperation in der Evang. Lungenklinik (Nachbargebäude)
VR02	Native Sonographie	Sonographie der Bewegungsorgane, Arterien, Venen, Abdomen, Halsweichteile; Echokardiographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	Arterien und Venen
VR04	Duplexsonographie	Arterien und Venen
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik

Nr.	Medizinische Leistungsangebote	Kommentar / Erläuterung
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	in Zusammenarbeit mit kooperierender Klinik
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	über Kooperationspartner ELK auf dem Campus
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	

B-[1].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenaufzüge	
BF24	Diätetische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	

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

Vollstationäre Fallzahl	2235
Teilstationäre Fallzahl	47

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

ICD-10-GM-Ziffer	Fallzahl	Offizielle Bezeichnung
M79	462	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert
M05	340	Seropositive chronische Polyarthritis
M06	209	Sonstige chronische Polyarthritis
M35	194	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M31	104	Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
L40	97	Psoriasis
M34	95	Systemische Sklerose
M15	94	Polyarthrose
M45	93	Spondylitis ankylosans
M10	53	Gicht

B-[1].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

OPS-301 Ziffer	Anzahl	Offizielle Bezeichnung
8-983	719	Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-561	556	Funktionsorientierte physikalische Therapie
3-900	498	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
9-401	464	Psychosoziale Interventionen
8-547	459	Andere Immuntherapie
9-410	420	Einzeltherapie
1-902	322	Testpsychologische Diagnostik
1-711	294	Bestimmung der CO-Diffusionskapazität
8-542	139	Nicht komplexe Chemotherapie
9-984	133	Pflegebedürftigkeit

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
AM07	Privatambulanz	Privatambulanz	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Spezialsprechstunde (VI27) ◦ Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten (VI19) ◦ Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen (VI30) ◦ Physikalische Therapie (VI39) ◦ Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11) ◦ Sonographie mit Kontrastmittel (VR05) 	
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			
AM13	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)	Zentrum für ambulante Rheumatologie	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (VI04) ◦ Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten (VI06) ◦ Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) (VI11) ◦ Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen (VI17) ◦ Diagnostik und Therapie von infektiösen und 	Die Dispensaireinrichtung steht allen ambulanten Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen offen; Abklärung rheumatischer Beschwerden, Therapieeinstellung auf hochwirksame antirheumatische Basistherapien.

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Angebotene Leistungen	Kommentar / Erläuterung
			<ul style="list-style-type: none"> ◦ parasitären Krankheiten (VI19) ◦ Endoskopie (VI35) ◦ Physikalische Therapie (VI39) ◦ Schmerztherapie (VI40) ◦ Diagnostik und Therapie von Arthropathien (VO01) ◦ Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (VO03) ◦ Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes (VO08) ◦ Native Sonographie (VR02) ◦ Eindimensionale Dopplersonographie (VR03) ◦ Duplexsonographie (VR04) ◦ Sonographie mit Kontrastmittel (VR05) ◦ Knochendichtemessung (alle Verfahren) (VR25) 	

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

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-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)

Anzahl Vollkräfte 13,83

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis 13,83

Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	3,77
Stationäre Versorgung	10,06
Fälle je VK/Person	222,16699

davon Fachärzte und Fachärztinnen

Anzahl Vollkräfte	7,75
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,75
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	2,87
Stationäre Versorgung	4,88
Fälle je VK/Person	457,99180
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal	40,00

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar / Erläuterung
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie	
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie	

B-11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen

Anzahl Vollkräfte	34,02
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,98
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,04
Ambulante Versorgung	3,26
Stationäre Versorgung	30,76
Fälle je VK/Person	72,65929

Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen

Anzahl Vollkräfte	0,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,96
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0,96
Fälle je VK/Person	2328,12500

Medizinische Fachangestellte

Anzahl Vollkräfte	6,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,44
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0,01
Ambulante Versorgung	6,45
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal 38,50

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar / Erläuterung
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar / Erläuterung
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	

**B-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für
Psychiatrie und Psychosomatik**

Diplom Psychologen

Anzahl Vollkräfte	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Ambulante Versorgung	0
Stationäre Versorgung	0
Fälle je VK/Person	0,00000

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Ambulant erworbene Pneumonie	6	100,0	Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Geburtshilfe	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Herzschrittmacher-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Hüftendoprothesenversorgung	257	100,0	Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Karotis-Revaskularisation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Knieendoprothesenversorgung	186	100,0	Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Leberlebendspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Lebertransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Mammachirurgie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate in %	Kommentar / Erläuterung
Neonatologie	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Nierenlebenspende	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	0		In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht. Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.
Pflege: Dekubitusprophylaxe	33	100,0	Die Dokumentationsrate wurde in diesem Leistungsbereich über alle Standorte berechnet.

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der QSKH-RL für: [Auswertungseinheit]

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen
Kennzahl-ID	50778
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	O / E
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,0 / 1,1
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	0,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,0 / 9,4
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahl-ID	2009
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,2
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,2 / 95,4

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U32
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung 2028
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,5
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,5 / 95,7
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	4 / 4
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	51,0 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
Kennzahl-ID	2006
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,5
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,5 / 98,5
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	6 / 6
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	61,0 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturiertes Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme
Kennzahl-ID	50722
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein

Einheit	%
Bundesergebnis	96,2
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,2 / 96,3
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	6 / 6
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	61,0 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)
Kennzahl-ID	2013
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	94,0
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	93,9 / 94,1
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	5 / 5
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	56,6 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
Kennzahl-ID	2005
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,4
Referenzbereich (bundesweit)	$\geq 95,00$ % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,4 / 98,5
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	6 / 6
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	61,0 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)
Kennzahl-ID	2007
Leistungsbereich	Ambulant erworbene Pneumonie
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,6
Referenzbereich (bundesweit)	Nicht definiert
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,3 / 97,0
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	N01
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturiertes Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
Kennzahl-ID	52010
Leistungsbereich	Dekubitusprophylaxe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Fälle
Bundesergebnis	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,0 / 0,0
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	6984 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahl-ID	54015
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	11,1
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	10,9 / 11,4
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54019
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	2,4
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	2,3 / 2,5
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
Kennzahl-ID	54013
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Fälle
Bundesergebnis	0,2
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,2 / 0,2
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	255 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54002
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,8
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,6 / 93,2
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	27 / 24
Rechnerisches Ergebnis	88,9
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	71,9 / 96,2
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Kennzahl-ID	54003
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	15,6
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 15,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	15,3 / 15,9
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10

Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Beweglichkeit bei Entlassung 54010
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	98,0
Referenzbereich (bundesweit)	>= 95,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	98,0 / 98,1
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	232 / 232
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	98,4 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54017
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	6,2
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	5,9 / 6,5
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54001
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	96,6
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	96,6 / 96,7
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	233 / 231
Rechnerisches Ergebnis	99,1
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,9 / 99,8
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur 54018
Kennzahl-ID	
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	4,5
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,4 / 4,7
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Kennzahl-ID	54012
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	O / E
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,0 / 1,0
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54120
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	11,7
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)

Vertrauensbereich (bundesweit)	11,4 / 12,2
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	27 / 5
Rechnerisches Ergebnis	18,5
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	8,2 / 36,7
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Sturzprophylaxe 54004
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,0
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	94,9 / 95,1
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	170 / 170
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,8 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54016
Leistungsbereich	Hüftendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,6
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,6 / 1,7
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	232 / 4
Rechnerisches Ergebnis	1,7
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	0,7 / 4,4
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ . Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54125
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	5,0
Referenzbereich (bundesweit)	≤ 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	4,7 / 5,3
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54124
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	1,0
Referenzbereich (bundesweit)	⇐ 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	1,0 / 1,1
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	158 / 7
Rechnerisches Ergebnis	4,4
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	2,2 / 8,9
Ergebnis im Berichtsjahr	U32
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
Kennzahl-ID	54127
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	Fälle
Bundesergebnis	0,0
Referenzbereich (bundesweit)	Sentinel-Event
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,0 / 0,1
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	177 / 0
Rechnerisches Ergebnis	0,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Beweglichkeit bei Entlassung 54026
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	92,4
Referenzbereich (bundesweit)	>= 80,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	92,3 / 92,5
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	157 / 157

Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	97,6 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
Kennzahl-ID	54028
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	O / E
Bundesergebnis	0,9
Referenzbereich (bundesweit)	← 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	0,9 / 1,0
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	
Rechnerisches Ergebnis	
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	
Ergebnis im Berichtsjahr	U31
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/>.

Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen

Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /

Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses

Qualitätsindikator	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Kennzahl-ID	54022
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	90,8
Referenzbereich (bundesweit)	>= 86,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	90,5 / 91,3

Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	36 / 29
Rechnerisches Ergebnis	80,6
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	65,0 / 90,3
Ergebnis im Berichtsjahr	U32
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators 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/ .
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation
Kennzahl-ID	54020
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	97,6
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	97,6 / 97,7
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	145 / 144
Rechnerisches Ergebnis	99,3
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	96,2 / 99,9
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

Qualitätsindikator Kennzahl-ID	Indikation zur Schlittenprothese 54021
Leistungsbereich	Knieendoprothesenversorgung
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus	nein
Einheit	%
Bundesergebnis	95,9
Referenzbereich (bundesweit)	>= 90,00 % (Zielbereich)
Vertrauensbereich (bundesweit)	95,7 / 96,2
Grundgesamtheit / Beobachtet / Erwartet (Fallzahl)	13 / 13
Rechnerisches Ergebnis	100,0
Vertrauensbereich (Krankenhaus)	77,2 / 100,0
Ergebnis im Berichtsjahr	R10
Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	Im Verfahrensjahr 2017 wurde keine Auswertung nach Standorten vorgenommen, alle Angaben sind daher gem. Spezif. standortübergreifend. /
Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses	

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

Über § 136a und § 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	11
Anzahl derjenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	9
Anzahl derjenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	9

(*) 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)