

Strukturierter Qualitätsbericht  
gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V

für

**Klinikum Itzehoe**

über das Berichtsjahr 2018

IK: 260101137  
Datum: 12.05.2020

# Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns sehr, Ihnen hiermit den strukturierten Qualitätsbericht des Klinikums Itzehoe für das Jahr 2018 vorstellen zu können. Wir hoffen, dass wir Ihnen mit diesem Bericht einen möglichst umfassenden Überblick über unser Klinikum, unser medizinisches Leistungsangebot und unsere Maßnahmen zur Qualitätssicherung geben können.

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist für alle unsere Patientinnen und Patienten und für die interessierte Öffentlichkeit zu Recht ein ganz entscheidendes Thema. Wir sind seit vielen Jahren durch vielfältige Anstrengungen in allen unseren Bereichen bemüht, die Qualität unserer Leistungen stetig zu verbessern und uns auch daran messen zu lassen. Der vorliegende Bericht soll Ihnen einen Einblick geben in das Leistungsspektrum des Klinikums Itzehoe und Ihnen einen Vergleich mit anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen ermöglichen. Er stellt damit auch einen Baustein in der auch von uns gewünschten Leistungstransparenz unserer Arbeit da.

Wir sind überzeugt davon, dass der Erfolg unserer Arbeit auch auf der vertrauensvollen Zusammenarbeit und dem Austausch mit Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern beruht. Auf diese Weise gelingt es uns, Qualität und Leistung auf hohem Niveau zu halten und offen zu sein für Innovationen.

Qualität in der Medizin ist ein äußerst vielschichtiges und komplexes Thema. Um die Vergleichbarkeit der Qualitätsberichte der einzelnen Kliniken untereinander zu gewährleisten und um es Ihnen zu erleichtern, konkrete Informationen möglichst schnell aufzufinden, hat der Gesetzgeber Vorschriften für die Erstellung der strukturierten Qualitätsberichte erlassen. Dieser Bericht ist entsprechend den gesetzlichen Vorgaben bzw. Empfehlungen der Spitzenverbände von Krankenhäusern und Krankenkassen aufgebaut.

Die Leistungs- und Strukturdaten des Gesamthauses und der einzelnen Fachabteilungen finden sich in den Teilen A und B. Ausführliche Informationen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement unseres Hauses sind in den Teilen C und D dargestellt.

Die umgangssprachliche Darstellung der durchgeführten Verfahren und Diagnosen soll Ihnen ermöglichen, sich leichter über das gesamte Leistungsspektrum des Klinikums Itzehoe zu informieren.

Verantwortlich für die inhaltliche Darstellung der jeweiligen Fachabteilungen sind die Chefarzte der Kliniken.

Sollte Sie die inhaltliche Darstellung und Anordnung dieses Berichtes irritieren, bitten wir um Ihr Verständnis. Der Gesetzgeber gibt den Krankenhäusern enge Vorgaben zur Gestaltung dieses Berichtes. Er erleichtert Ihnen aber gleichzeitig den Vergleich der Einrichtungen untereinander, da Sie entsprechende Angaben in anderen Qualitätsberichten unter den gleichen Rubriken finden werden.

Wir hoffen, viele Ihrer Fragen mit diesem Qualitätsbericht beantworten zu können und einen Schritt in eine transparentere Darstellung der medizinischen Qualität erreicht zu haben.

Der geschäftsführende Vorstand ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht. Erstellt wurde der Bericht unter Mitarbeit der Chefarzte der jeweiligen Kliniken sowie Mitarbeitern aus dem Controlling, der Personalabteilung, dem Hygienemanagement und dem Qualitätsmanagement.

Ihr Ansprechpartner für Fragen zum Qualitätsbericht:

Herr Mark Stab, Dipl.-Kfm. (FH)

Leitung Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement

Tel.: 04821/772-4200

FAX: 04821/772-974200

e-mail: m.stab@kh-itzehoe.de

Der geschäftsführende Vorstand des Klinikums Itzehoe

Diplom-Volkswirt  
Bernhard Ziegler  
Krankenhausdirektor

Dr. med.  
Michael Kappus  
Ärztlicher Direktor

Michael Müller  
Pflegedirektor

Anmerkung. Im Sinne einer einfacheren Lesbarkeit wird auf die zusätzliche Darstellung der weiblichen Schriftform verzichtet und nur die männliche Schriftform verwandt. Selbstverständlich bezieht sie sich immer auf weibliche und männliche Personen.

### **Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person**

Name: Diplom-Kaufmann (FH) Mark Stab  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
Telefon: 04821 / 772 - 4200  
Telefax: 04821 / 772 - 974200  
E-Mail: [m.stab@kh-itzehoe.de](mailto:m.stab@kh-itzehoe.de)

### **Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person**

Name: Diplom-Volkswirt Bernhard Ziegler  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Krankenhausdirektor  
Telefon: 04821 / 772 - 3101  
Telefax: 04821 / 772 - 3109  
E-Mail: [b.ziegler@kh-itzehoe.de](mailto:b.ziegler@kh-itzehoe.de)

### **Weiterführende Links**

Homepage: <http://www.klinikum-itzehoe.de>

# Inhaltsverzeichnis

## Einleitung

### **A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

- A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
  - A-2 Name und Art des Krankenhausträgers
  - A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
  - A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses
  - A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
  - A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
  - A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
  - A-7 Aspekte der Barrierefreiheit
  - A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses
    - A-8.1 Forschung und akademische Lehre
    - A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen
    - A-8.3 Forschungsschwerpunkte
  - A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
  - A-10 Gesamtfallzahlen
  - A-11 Personal des Krankenhauses
    - A-11.1 Ärzte und Ärztinnen
    - A-11.2 Pflegepersonal
    - A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
    - A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal
  - A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
    - A-12.1 Qualitätsmanagement
      - A-12.1.1 Verantwortliche Person
      - A-12.1.2 Lenkungsgremium
    - A-12.2 Klinisches Risikomanagement
      - A-12.2.1 Verantwortliche Person
      - A-12.2.2 Lenkungsgremium
      - A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen
        - A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems
        - A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
      - A-12.2.3.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
        - A-12.2.3.3.1 Hygienepersonal
        - A-12.2.3.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene
          - A-12.2.3.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen
          - A-12.2.3.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie
          - A-12.2.3.3.2.3 Umgang mit Wunden
          - A-12.2.3.3.2.4 Händedesinfektion
          - A-12.2.3.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
          - A-12.2.3.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement
      - A-12.2.3.3.3 Patientensorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
      - A-12.2.3.3.4 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
        - A-12.2.3.3.4.1 Verantwortliches Gremium
        - A-12.2.3.3.4.2 Verantwortliche Person
        - A-12.2.3.3.4.3 Pharmazeutisches Personal
        - A-12.2.3.3.4.4 Instrumente und Maßnahmen
  - A-12.3 Hygienebezogenes und infektionsmedizinisches Risikomanagement
    - A-12.3.1 Hygienepersonal
    - A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene
      - A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen
      - A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie
      - A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden
      - A-12.3.2.4 Händedesinfektion
      - A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
      - A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement
  - A-12.4 Patientensorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
  - A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
    - A-12.5.1 Verantwortliches Gremium
    - A-12.5.2 Verantwortliche Person
    - A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal
    - A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen
- A-13 Besondere apparative Ausstattung

### **B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

- B-1 Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie**
  - B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
  - B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung

- B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-1.11 Personelle Ausstattung
  - B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-1.11.2 Pflegepersonal
  - B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

### **B-2 Klinik für Anästhesiologie**

- B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-2.11 Personelle Ausstattung
  - B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-2.11.2 Pflegepersonal

### **B-3 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

- B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-3.11 Personelle Ausstattung
  - B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-3.11.2 Pflegepersonal

### **B-4 Geriatrische Klinik Akutgeriatrie - Frührehabilitation - Geriatrische Tagesklinik**

- B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-4.11 Personelle Ausstattung
  - B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-4.11.2 Pflegepersonal

**B-5 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin**

- B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-5.11 Personelle Ausstattung
  - B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-5.11.2 Pflegepersonal
  - B-5.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

**B-6 Medizinische Klinik**

- B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-6.11 Personelle Ausstattung
  - B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-6.11.2 Pflegepersonal

**B-7 Klinik für Neurologie**

- B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-7.11 Personelle Ausstattung
  - B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-7.11.2 Pflegepersonal
  - B-7.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

### **B-8 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**

- B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-8.11 Personelle Ausstattung
  - B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-8.11.2 Pflegepersonal

### **B-9 Klinik für Urologie und Kinderurologie**

- B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-9.11 Personelle Ausstattung
  - B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-9.11.2 Pflegepersonal

### **B-10 Zentrum für Psychosoziale Medizin**

- B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-10.11 Personelle Ausstattung
  - B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-10.11.2 Pflegepersonal
  - B-10.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

### **B-11 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

- B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung
- B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

- B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- B-11.11 Personelle Ausstattung
  - B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen
  - B-11.11.2 Pflegepersonal
  - B-11.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

## **C Qualitätssicherung**

- C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
  - C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate
  - C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung
- C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
  - C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr
  - C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr
    - C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung
    - C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden
    - C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen
    - C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)
    - C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden
    - C-5.2.6 Übergangsregelung
- C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

## **D Qualitätsmanagement**

- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements



# **A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

## **A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

Name: Klinikum Itzehoe  
Institutionskennzeichen: 260101137  
Standortnummer: 00  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe  
Telefon: 04821 / 772 - 0  
Telefax: 04281 / 772 - 3999  
E-Mail: [info@kh-itzehoe.de](mailto:info@kh-itzehoe.de)

### **Ärztliche Leitung**

Name: Dr. med. Michael Kappus  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Telefon: 04821 / 772 - 2101  
Telefax: 04821 / 772 - 2109  
E-Mail: [m.kappus@kh-itzehoe.de](mailto:m.kappus@kh-itzehoe.de)

### **Pflegedienstleitung**

Name: Michael Müller  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektor  
Telefon: 04821 / 772 - 1001  
Telefax: 04821 / 772 - 1002  
E-Mail: [michael.mueller@kh-itzehoe.de](mailto:michael.mueller@kh-itzehoe.de)

### **Verwaltungsleitung**

Name: Diplom-Volkswirt Bernhard Ziegler  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Krankenhausdirektor  
Telefon: 04821 / 772 - 3101  
Telefax: 04821 / 772 - 3109  
E-Mail: [b.ziegler@kh-itzehoe.de](mailto:b.ziegler@kh-itzehoe.de)

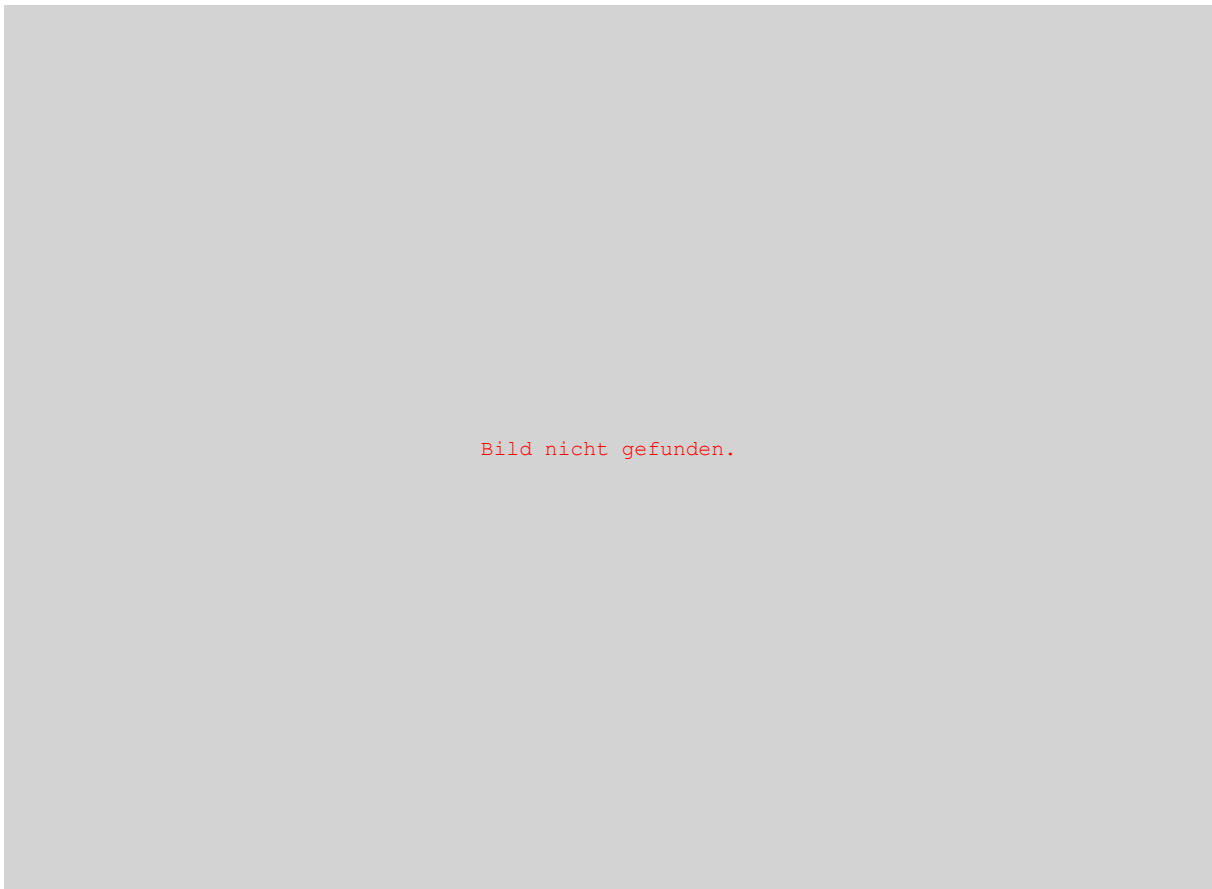
## **A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

Träger: Zweckverband des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe  
Art: öffentlich  
Internet: <http://www.klinikum-itzehoe.de>

Das Klinikum Itzehoe ist eines der größten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg. Es bietet innovative medizinische Versorgung auf höchstem Niveau und individuelle Pflege nach neuesten Standards. Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung verbindet es moderne Medizin mit der Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung in der Region und darüber hinaus. Jährlich werden mehr als 28.000 Patienten stationär, mehr als 40.000 ambulant und ca. 3.000 teilstationär behandelt.



### **A-3a      Organisationsstruktur des Krankenhauses**



### **A-4      Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Verpflichtung besteht:      ja

### **A-5      Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare	
MP53	Aromapflege / -therapie	
MP04	Atemgymnastik / -therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Palliativzimmer, Abschiedsraum
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP69	Eigenblutspende	
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP22	Kontinenztraining	/ Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie	/ Bädertherapie
MP32	Physiotherapie	/ Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie
MP35	Rückenschule	/ Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik
MP37	Schmerztherapie	/ -management
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote	für die Öffentlichkeit
MP13	Spezielles Leistungsangebot	für Diabetiker und Diabetikerinnen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP11	Sporttherapie	/ Bewegungstherapie
MP45	Stomatherapie	/ -beratung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln	/ Orthopädietechnik
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen	/ Angebot ambulanter Pflege / Kurzzeitpflege / Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP02	Akupunktur	
MP54	Asthmaschulung	
MP55	Audiometrie	/ Hördiagnostik
MP08	Berufsberatung	/ Rehabilitationsberatung
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie	(für Erwachsene und / oder Kinder)
MP15	Entlassmanagement	/ Brückenpflege / Überleitungspflege
MP19	Geburtsvorbereitungskurse	/ Schwangerschaftsgymnastik
MP59	Gedächtnistraining	/ Hirnleistungstraining / Kognitives Training / Konzentrations- training
MP23	Kreativtherapie	/ Kunsttherapie / Theatertherapie / Bibliothherapie
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren	/ Homöopathie / Phytotherapie

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP29	Osteopathie / Chiropraktik / Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse	Migräne-Patienten-Seminar
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Aromatherapie
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern / Hebammen	
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und / oder Kinder	
MP50	Wochenbettgymnastik / Rückbildungs- gymnastik	

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		nicht in allen Kliniken
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer		
NM10	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer		
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM14	Ausstattung der Patientenzimmer: Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	
NM15	Ausstattung der Patientenzimmer: Internetanschluss am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 2,00 Euro	WLAN im gesamten Klinikum. Nutzungsgebühr: 1 Stunde: 2,00 EUR 1 Tag: 5,00 EUR 3 Tage: 10,00 EUR 7 Tage: 20,00 EUR
NM17	Ausstattung der Patientenzimmer: Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	
NM18	Ausstattung der Patientenzimmer: Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 1,00 Euro Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,15 Euro Kosten pro Minute bei eingehenden Anrufen: 0,00 Euro	
NM19	Ausstattung der Patientenzimmer: Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer		
NM01	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
NM30	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Tag: 5,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 1,00 Euro (maximal)	
NM36	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Schwimmbad / Bewegungsbad		

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM48	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Geldautomat		
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in		Wir in Teilen des Klinikums angeboten.
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge		
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vegetarische Küche	
NM67	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Andachtsraum		
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum		

## **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen: Aufzug mit Sprachansage / Braille-Beschriftung
BF04	Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen: Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

Nr. Aspekt der Barrierefreiheit

- BF06 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
- BF07 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
- BF08 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen
- BF09 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
- BF10 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
- BF11 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung
- BF17 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
- BF18 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
- BF20 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
- BF21 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter
- BF22 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe
- BF24 Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien: Diätetische Angebote
- BF25 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienst
- BF26 Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal



## **A-8            Forschung und Lehre des Krankenhauses**

### **A-8.1           Forschung und akademische Lehre**

Das Klinikum Itzehoe ist als Schwerpunkt Krankenhaus in erster Linie der umfassenden und modernen medizinischen Versorgung der Patienten in unserer Region und darüber hinaus verpflichtet. Moderne Medizin ist aber nicht möglich ohne den direkten und aktiven Kontakt zu Einrichtungen der medizinische Forschung und Lehre. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg haben wir diesen regelmäßigen Kontakt und beteiligen uns an vielfältigen Forschungsaktivitäten. Mehrere unserer Chefärzte sind als Professoren und Privatdozenten Mitglieder der Medizinischen Fakultäten der umliegenden Universitäten.

Das Klinikum Itzehoe sieht es als eine Herausforderung an, den ärztlichen Nachwuchs zu fördern. Es ist unsere Überzeugung, dass der Arztberuf insbesondere dann attraktiv gehalten werden kann, wenn durch Vorbild und Beispiel Studenten in der letzten Phase ihres Studiums für die Klinik begeistert werden. Junge Mitarbeiter in allen unseren Bereichen lernen an Vorbildern. Das gilt für Fragen der medizinischen Ethik genauso wie für die technischen und ganz praktischen Themen, also den medizinischen Alltag.

Unseren Leitenden Ärzten ist es ein besonderes Anliegen, Studenten in der letzten Phase des Studiums - dem Praktischen Jahr - durch Vorbild und Beispiel für die Arbeit in der Klinik zu begeistern. Wir sind davon überzeugt, dass der spätere Karriereweg maßgeblich durch engagierte Lehre und optimale Entwicklungsbedingungen in der Aus- und Weiterbildung mitbestimmt wird.

Vor diesem Hintergrund haben wir spezielle Aktivitäten für unsere Studierenden im Praktischen Jahr (PJ-Studenten) entwickelt. Diese bestehen zum einen in einem übergeordneten PJ-Unterricht, der interdisziplinär für alle am Klinikum tätigen PJ-Studenten gedacht ist. In diesem täglich stattfindenden Unterricht stellen die einzelnen Kliniken fachübergreifend klinische Schwerpunkte ihres Fachbereiches dar. Der Wochenplan kann aktualisiert und modifiziert werden, hierzu wurde das Kommunikationsforum "Internet-Portal für PJ-Studenten eingerichtet, das von allen Studenten jederzeit über die hausinterne EDV eingesehen werden kann. Darüber hinaus bietet jede Klinik eigenen Unterricht für die in der eigenen Klinik arbeitenden Studenten im Praktischen Jahr an. Dazu zählen individuelle Fallbesprechungen und Visiten, bei denen die Studenten die von ihnen betreuten Patienten selbstständig vorstellen. Wir organisieren darüber hinaus Workshops, wie z.B. den in jedem Tertial stattfindenden Nahtkurs mit Übungen am Model unter direkter Betreuung von erfahrenen Ärzten. Es ist unser Credo, die PJ-Studenten vollständig in den klinischen Alltag zu integrieren, um sie bestmöglich auf ihre spätere ärztliche Tätigkeit vorzubereiten.

In speziellen Tutorien wird durch die jeweiligen Klinik-Chefärzte examensrelevantes Wissen in Kleingruppen besprochen. Die Mehrzahl unser Chefärzte ist Examensprüfer an den jeweiligen Universitäten, wodurch eine praxisrelevante und prüfungsnah Vorbereitung gewährleistet wird. Im Klinikum Itzehoe zu arbeiten bedeutet aber auch, bei den außerklinischen Aktivitäten unserer Institution mitzumachen. Unsere PJ-Studenten sind an der Gestaltung von Veranstaltungen für niedergelassene Ärzte beteiligt, sie können auf regionalen Kongressen klinischen Falldemonstrationen präsentieren und sie stellen bei internen Fortbildungen Kasuistiken vor, z.B. in den wöchentlich stattfindenden Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen. Dies übt die medizinische Terminologie, das freie Sprechen und trainiert die Beschäftigung mit einem speziellen Krankheitsbild. Halbjährlich stattfindende Bibliotheksabende in der Universitätsbibliothek des Klinikums Hamburg Eppendorf (UKE) sowie die Teilnahme an allen sozialen Aktivitäten der jeweiligen Abteilungen runden das Praktische Jahr am Klinikum Itzehoe ab.

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar / Erläuterung
FL01	Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur / Praktisches Jahr)	U.a. PJ-Seminare in den spezifischen Fachgebieten der einzelnen Kliniken. Fachübergreifende Ausbildung in allen klinischen Disziplinen unseres Krankenhauses der Schwerpunktversorgung durch zeitlich und inhaltlich aufeinander abgestimmte PJ-Seminare.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale / Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

### **A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	Träger der Ausbildung ist die DRK-Schwesternschaft Ostpreußen e.V.
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin / Physiotherapeut und Physiotherapeutin	in Kooperation mit der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Itzehoe
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	
HB15	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)	

### **A-8.3 Forschungsschwerpunkte**

Das Klinikum Itzehoe ist als Schwerpunktkrankenhaus in erster Linie der umfassenden und modernen medizinischen Versorgung der Patienten in unserer Region und darüber hinaus verpflichtet. Moderne Medizin ist aber nicht möglich ohne den direkten und aktiven Kontakt zu Einrichtungen der medizinische Forschung und Lehre. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg haben wir diesen regelmäßigen Kontakt und beteiligen uns an vielfältigen Forschungsaktivitäten. Mehrere unserer Chefärzte sind als Professoren und Privatdozenten Mitglieder der Medizinischen Fakultäten der umliegenden Universitäten.

Die habilitierten und als Hochschullehrer tätigen Chefärzte des Klinikums bieten Themen für die Erreichung des medizinischen Doktorgrades (Promotion) an und betreuen die Doktoranden während ihrer Arbeit.

Wir wenden im Klinikum Itzehoe wissenschaftlich abgesicherte und evaluierte Methoden der Diagnostik und Therapie an. Die dabei gewonnen Erkenntnisse finden im Rahmen der

Versorgungsforschung und der Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung wiederum Eingang in wissenschaftliche Studien und tragen damit direkt zu einer verbesserten wissenschaftlichen Erkenntnis bei.

Regelmäßig stellen sowohl Chef- als auch Oberärzte des Klinikums Erfahrungen aus der medizinischen Arbeit vor Ort und die daraus abgeleiteten wissenschaftlichen Ergebnisse auf nationalen und internationalen Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen vor und entwickeln sie in der Diskussion mit anerkannten Spezialisten der entsprechenden Fachgebiete weiter.

## **A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus**

Bettenzahl: 600

Nach Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein - Stand 31.12.2018:

600 Planbetten und 81 Tagesklinik-Plätze

## **A-10 Gesamtfallzahlen**

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 28.512

Teilstationäre Fälle: 2.653

Ambulante Fälle:

- Fallzählweise: 44.161

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	227,67	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	224,26	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,41	
- davon stationäre Versorgung	205,27	
- davon ambulante Versorgungsformen	22,4	
Fachärztinnen/ -ärzte	114,86	
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	114,86	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	97,96	
- davon ambulante Versorgungsformen	16,9	
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	2	2 HNO-Ärzte

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen/ -ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

#### Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	421,92	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	421,17	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,75	
- davon stationäre Versorgung	398,56	
- davon ambulante Versorgungsformen	23,36	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	43,81	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	43,31	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,5	
- davon stationäre Versorgung	42,11	
- davon ambulante Versorgungsformen	1,7	
Altenpfleger/ -innen	6,99	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,99	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	6,99	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistenten/ -assistentinnen	6,57	2 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,57	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	6,57	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Krankenpflegehelfer/ -innen</b>	<b>8,99</b>	<b>1 Jahr</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,99	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	8,99	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ -innen</b>	<b>10,35</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,35	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	10,35	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	<b>17,08</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,08	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	17,08	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	<b>0</b>	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	<b>5</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	5	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>45,82</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	45,82	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	32,92	
- davon ambulante Versorgungsformen	12,9	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
<b>Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen</b>	<b>8,18</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,18
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	6,18
- davon ambulante Versorgungsformen	2
<b>Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen</b>	<b>6,52</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,52
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	4,5
- davon ambulante Versorgungsformen	2

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0
- davon ambulante Versorgungsformen	1
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG)	3,83
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,83
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,2
- davon ambulante Versorgungsformen	0,63
Ergotherapeuten	9,19
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,19
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	8,5
- davon ambulante Versorgungsformen	0,69
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,5
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0,5
- davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	7,07
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,07
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	6,27
- davon ambulante Versorgungsformen	0,8

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

#### **A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	8,89
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,89
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	6,39
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,5
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	14,89
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,89
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	11,89
	- davon ambulante Versorgungsformen	3
SP06	Erzieher und Erzieherin	2,75
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,75
	- davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	1
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0
	- davon ambulante Versorgungsformen	1
SP14	Logopäde und Logopädin / Klinischer Linguist und Klinische Linguistin / Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin / Phonetiker und Phonetikerin	3,62
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,62
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3,62
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP15	Masseur / Medizinischer Bademeister und Masseurin / Medizinische Bademeisterin	4,88
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,88
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,82
	- davon ambulante Versorgungsformen	2,06
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	18,51
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,51
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	16,88
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,63
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	19,03
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,03
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	14,78
	- davon ambulante Versorgungsformen	4,25
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	1,02
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,02
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,72
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,3
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	2,38
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,38
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,38
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin / Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	0,8
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,6
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,2



Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP20	Pädagoge und Pädagogin / Lehrer und Lehrerin	8,62
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,62
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	8,62
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater / zur Diabetesberaterin	2,25
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,25
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2
	- davon ambulante Versorgungsformen	0,25
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	2
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	3
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	4
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	4
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	3
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	3
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	3,4
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,4
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,4
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	25
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	14,5
	- davon ambulante Versorgungsformen	9,5
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	6,52
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,52
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	5,12
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,4

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)	3,83
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,83
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	2,15
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,68
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	0,7
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,7
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,7
	- davon ambulante Versorgungsformen	0
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	6,57
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,57
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	5,45
	- davon ambulante Versorgungsformen	1,12
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin / Kinderpfleger und Kinderpflegerin	0,64
	- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,64
	- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	- davon stationäre Versorgung	0,64
	- davon ambulante Versorgungsformen	0

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Name: Diplom-Kaufmann (FH) Mark Stab  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
 Telefon: 04821 / 772 - 4200  
 Telefax: 04821 / 772 - 974200  
 E-Mail: [m.stab@kh-itzehoe.de](mailto:m.stab@kh-itzehoe.de)

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Qualitätskommission mit dem Vorstand des Klinikums.

Tagungsfrequenz: quartalsweise

Zudem finden regelmäßige Qualitätszirkel mit der Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinik für Neurologie, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung, dem Funktionsbereich OP, dem Patientenmanagement, der Endoskopie, der onkologischen Tagesklinik und Abteilung der QM und klin. Risikomanagement statt.

### **A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

#### **A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Name: Diplom-Kaufmann (FH) Mark Stab

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
 Telefon: 04821 / 772 - 4200  
 Telefax: 04821 / 772 - 974200  
 E-Mail: [m.stab@kh-itzehoe.de](mailto:m.stab@kh-itzehoe.de)

Frau Dipl.-Ing. (FH) Katharina Wilke als klinische Risikomanagerin ist Mitarbeiterin der Abteilung für Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement.

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Im Rahmen einer Risikokommission werden zweiwöchentlich Risiken und CIRS-Fälle bearbeitet. Die Kommission ist interdisziplinär und interprofessionell besetzt.  
 Tagungsfrequenz: andere Frequenz

### A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: QM-Handbücher, Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen, Standards, Checklisten..... Letzte Aktualisierung: 27.10.2017
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

### A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 10.02.2015
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: monatlich
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:

- Patientenarmbänder und Checkliste zur Patientensicherheit (WHO)
- Interdisziplinäre Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: andere Frequenz

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl <sup>1</sup>
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	10
Hygienefachkräfte (HFK)	4
Hygienebeauftragte in der Pflege	45

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

#### Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Prof. Dr. med. Michael Kentsch

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt der Medizinischen Klinik  
Telefon: 04821 / 772 - 2301  
E-Mail: [m.kentsch@kh-itzehoe.de](mailto:m.kentsch@kh-itzehoe.de)

### **Tagungsfrequenz der Hygienekommission**

Tagungsfrequenz: quartalsweise

### **A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

#### **A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor: nein

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

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

#### **A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie**

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere

---

Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
---	----

---

Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
---	----

---

Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	ja
---	----

---

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

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

#### **A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

#### Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

#### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen:	138,91 ml/Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen:	33,37 ml/Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen:	ja

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

##### Der Standard thematisiert insbesondere

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 <sup>1</sup>	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	ja

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)

### **A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	HAND-KISS NEO-KISS
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netz des Kreises Steinburg
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

### **A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden
BM09	Patientenbefragungen
BM10	Einweiserbefragungen

### **A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)**

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

#### **A-12.5.1 Verantwortliches Gremium**

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

#### **A-12.5.2 Verantwortliche Person**

Name: Prof. Dr. med. Michael Kentsch  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt der Medizinischen Klinik  
Telefon: 04821 / 772 - 2301  
Telefax: 04821 / 772 - 2309  
E-Mail: [m.kentsch@kh-itzhoe.de](mailto:m.kentsch@kh-itzhoe.de)

### **A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal**

	Anzahl <sup>1</sup>
Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

siehe Freitext.

Das Klinikum Itzehoe arbeitet zusammen und wird versorgt von der Apotheke der imland Kliniken Rendsburg, durch deren Mitarbeiter (Apotheker und weiteres pharmazeutisches Personal) werden regelmäßig hausweit Begehungen durchgeführt. Sie unterstützen und beraten im Rahmen der Stationsbegehungen ärztliches und pflegerisches Personal u.a. zu Themen der Arzneimitteltherapiesicherheit.

### **A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen**

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

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS03	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittelanamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS05	Medikationsprozess im Krankenhaus: Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS06	Medikationsprozess im Krankenhaus: SOP zur guten Ordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) (A-12.2.3)
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS10	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z.B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS11	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät / DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit der Radiologischen Gemeinschaftspraxis am Klinikum
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit der Radiologischen Gemeinschaftspraxis am Klinikum
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	— — — <sup>2</sup>	
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		<input checked="" type="checkbox"/>	
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	— — — <sup>2</sup>	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	— — — <sup>2</sup>	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit der Radiologischen Gemeinschaftspraxis am Klinikum

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>	Kommentar / Erläuterung
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	---- <sup>2</sup>	
AA32	Szintigraphiescanner / Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	---- <sup>2</sup>	
AA33	Uroflow / Blasendruckmessung / Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	---- <sup>2</sup>	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	<input type="checkbox"/>	
AA18	Hochfrequenzthermo-therapiegerät	Gerät zur Gewebezzerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	---- <sup>2</sup>	
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und / oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezzerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	---- <sup>2</sup>	

<sup>1</sup> 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (<sup>2</sup> bei diesem Gerät nicht anzugeben)

## **B**

# **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen**

- 1 Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie**
- 2 Klinik für Anästhesiologie**
- 3 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
- 4 Geriatrische Klinik Akutgeriatrie - Frührehabilitation - Geriatrische Tagesklinik**
- 5 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin**
- 6 Medizinische Klinik**
- 7 Klinik für Neurologie**
- 8 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**
- 9 Klinik für Urologie und Kinderurologie**
- 10 Zentrum für Psychosoziale Medizin**
- 11 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

## **B-1 Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie**

### **B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie  
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)  
Art: Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden  
Telefon: 04821 / 772 - 2401  
Telefax: 04821 / 772 - 2409  
E-Mail: [m.neipp@kh-itzehoe.de](mailto:m.neipp@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Prof. Dr. med. Michael Neipp  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2401  
E-Mail: [m.neipp@kh-itzehoe.de](mailto:m.neipp@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

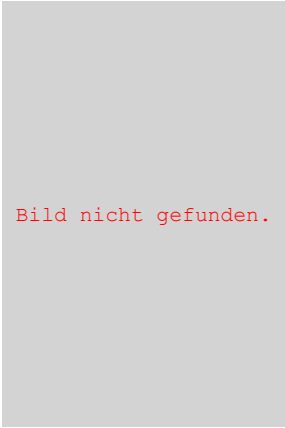


Bild nicht gefunden.

### **B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie. Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

Zertifiziertes **Darmkrebszentrum** nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und des TÜV Süd

Zertifiziertes **Kompetenzzentrum für minimal-invasive Chirurgie** nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Zertifiziertes **Gefäßzentrum** nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin (DGG)

## **Allgemeinchirurgie**

Die "Allgemeinchirurgie" war früher der Oberbegriff für die gesamte Chirurgie. Da sich aber immer mehr Spezialgebiete wie die Herzchirurgie, die Gefäßchirurgie und die Unfallchirurgie herauskristallisierten, zählen folgende Bereiche bei uns zur Allgemeinchirurgie:

Erkrankungen

- der Schilddrüse (Struma), Nebenschilddrüse und Nebennieren (endokrine Organe)
- der Gallenblase (Steinleiden, Geschwülste, Entzündungen)
- wie Leisten- und sonstige Weichteilbrüche
- der Weichteile (Entzündungen, Geschwülste)
- des Blinddarms (Appendix) sowie des Dünn-, Dick- und Mastdarms (Entzündungen, Krebserkrankungen, Divertikelkrankheit)
- des Enddarms (Hämorrhoiden, Fisteln)

Besonders liegt uns auch die optimale Versorgung unserer Kleinen am Herzen:

- Weichteilbrüche und Magenpfortnerenge bei Kindern
- Akutes Abdomen (Invagination, Volvulus, Blinddarmentzündung)

## **Gefäßchirurgie - zertifiziertes Gefäßzentrum nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)**

Patienten mit gefäßmedizinischen Erkrankungen werden am Klinikum Itzehoe interdisziplinär behandelt. Dabei ist das Klinikum Itzehoe seit August 2010 als anerkanntes Gefäßzentrum über die Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie zertifiziert. Die letzte Re-Zertifizierung erfolgte im August 2013. Sowohl die Gefäßchirurgie als auch die interventionelle Angiologie arbeiten gemeinsam unter dem Gesamtdach der Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie. Es können somit aus "einer Hand" gefäßchirurgische, interventionelle und angiologische Behandlungsoptionen für gefäßmedizinisch erkrankte Patienten angeboten werden. Im Gefäßzentrum arbeiten wir mit anderen Abteilungen und verschiedenen niedergelassenen Kollegen sehr eng zusammen. Ziel ist die höchstmögliche Behandlungsqualität, die wir durch einen hohen Spezialisierungsgrad erreichen wollen.

Gefäßmedizinische Erkrankungen können konservativ, operativ oder aber interventionell (Kathetertechniken) behandelt werden. Dabei umfassen die gefäßchirurgischen Maßnahmen unter anderem Bypass- und Krampfaderoperationen sowie viele andere operative Maßnahmen am Gefäßsystem. Die interventionelle Therapie beinhaltet das Einsetzen von Stentsystemen und die Anwendung von Ballonkathetern.

Für die unterschiedlichen Bereiche der Gefäßmedizin steht dabei ein hochqualifiziertes Team für Sie bereit. Zögern Sie nicht, auf uns zuzugehen. Für Ihre Fragen stehen wir jederzeit zur Verfügung.

### **Konservative Gefäßmedizin**

- Behandlung entzündlicher Gefäßerkrankungen (Vaskulitiden)
- Medikamentöse Behandlung der arteriellen Verschlusskrankheit
- Behandlung des Krampfaderleidens
- Moderne Wundtherapie im Rahmen der Wundsprechstunde und der stationären Behandlung
- Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

- Behandlung der Thrombose ambulant und stationär
- Behandlung von Lymphabflussstörungen
- Gefäßsportgruppe

### **Operative Gefäßmedizin**

- Anlage von Gefäßzugängen (z. B. Portanlagen und Shuntoperationen)
- Krampfaderoperationen mittels herkömmlicher Verfahren und RFITT (minimalinvasive endovenöse Verödung der Stammvene)
- Halsschlagaderoperationen
- Operative Therapie von Verschlüssen der Arterien
- Anwendung verschiedenster operativer Verfahren zur Durchblutungsverbesserung der Beine, u. a.:
  - Bypassoperationen im Bauchschlagader-, Becken- und Beinbereich
  - Bypassoperationen bis weit in die Peripherie (z. B. pedale Bypässe)
  - Thrombendarteriektomien mit Patchplastik
  - Anlage von Gefäßinterponaten
  - Therapie akuter Gefäßverschlüsse (z. B. Thrombektomie)
  - Lysetherapie
  - Durchführung von Hybridoperationen (konventionelle Operation + interventionelle Maßnahme in einem Eingriff)
  - häufige Verwendung von biologischen Gefäßersatzmaterialien
- Offene operative Versorgung der Bauchschlagadererweiterung (BAA)
- Operative Versorgung von Erweiterungen der Beinschlagader
- Offen operative Einsetzung von beschichteten Stentprothesen
- Operative Versorgung von Erweiterungen der Eingeweideschlagader
- Durchführung von Gefäßersatzoperationen bei Tumorpatienten
- Durchführung aufwendiger operativer Wundreinigungen und Hautverpflanzungen (z. B. Mesh Graft-Plastiken)

### **Interventionelle Gefäßmedizin**

- Diagnostische Angiographien in sämtlichen Abschnitten des arteriellen Gefäßsystems
- Interventionelle Implantation von Portsystemen und Dialysekathetern
- Einsetzung von Stentprothesen in die Bauchschlagader (Aortenstents)
- Interventionen im Bereich der Halsschlagader (Stent) zur Vermeidung eines Schlaganfalles
- Ballonaufdehnungen und Stenteinsetzungen im Bereich der Becken- und der Beinarterien zur Therapie der Schaufensterkrankheit und zur Therapie des diabetischen Fußsyndroms
- Lysetherapie bei akuten arteriellen Gefäßverschlüssen
- Interventionen im Bereich der Arterien zur Verbesserung der Durchblutung

- Ballonaufdehnung bei Verengungen von Dialyseseshunts (u. a. Cutting-baloon)
- Interventionelle Therapie von Verengungen der Eingeweideschlagadern
- Interventionelle Therapie von Verengungen der Nierenarterien zur Behandlung eines Bluthochdruckes
- Durchführung interventioneller Embolisationen bei verschiedensten Erkrankungen (z. B. akute Blutungen, Endoleakausschaltung nach Aortenstent etc.)

## **Viszeralchirurgie**

Die Viszeralchirurgie befasst sich mit der Chirurgie der inneren Organe. Mit der folgenden Auflistung möchten wir Ihnen einen Überblick über die zu behandelnden Organe sowie deren häufigsten Erkrankungen vermitteln:

### Oberer Verdauungstrakt:

- Speiseröhrenkrebs
- Zwerchfellbrüche
- Refluxkrankheit
- Magenkrebs
- Geschwüre von Magen und Zwölffingerdarm
- Dünndarmerkrankungen
- Leber-, Gallengangs- und Bauchspeicheldrüsenchirurgie
- Adipositaschirurgie

### Unterer Verdauungstrakt:

- Dickdarmkrebs/-entzündungen
- Divertikelkrankheit
- Mastdarmkrebs
- Hämorrhoiden und Fisteln

### Folgende Erkrankungen des Brustraumes werden operativ behandelt:

- Lungenkrebs und Metastasen
- Geplatzte Lungenbläschen und Verletzungen

## **Spezialgebiete:**

### **Schlüssellochchirurgie**

Musste man früher im Magen-Darm-Bereich operiert werden, ging das nur mit einem großen Schnitt, denn der Chirurg konnte sonst den zu operierenden Bereich nicht sehen. Heute machen wir bei vielen Eingriffen im Magen- und Darmbereich nur kleine Zugänge über die Bauchdecke. Wir führen kleine Videokameras und spezielle Instrumente ein und kontrollieren die einzelnen OP-Schritte über einen Monitor.

Diese so genannte Schlüssellochchirurgie ersetzt immer mehr die großen Bauchschnitte. Unsere Patienten haben durch diese minimal-invasive Operation eine Reihe von Vorteilen, denn die nur kleinen Schnitte der Operationsinstrumente verringern die späteren



Wundschmerzen, erzeugen kleinere, fast unsichtbare Narben und verkürzen enorm die Genesungszeit.

Diese minimal-invasive OP-Technik wenden wir bei folgenden Organen an:

Magen/Zwerchfell:

- Zwerchfellbruch
- Refluxkrankheit
- Magenteilentfernung

Adipositaschirurgie

- Schlauchmagen (Sleeve-Gastrektomie)
- Magenbypass
- Magenband

Leber/Gallenblase:

- Gallenblasenentfernung
- Leberzystenaufdeckelung
- Leberteilresektion

Leistenbrüche:

- nach Voroperation
- beidseitige Brüche
- einseitige Brüche

Dünn- und Dickdarm:

- Wurmfortsatzentfernung (Appendektomie)
- Gutartige Erkrankungen wie Divertikelkrankheit oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Bösartiger Erkrankung des Dünn-, Dick- und Enddarms
- Lösen von Verwachsungen in der Bauchhöhle
- Stomaanlage

Sonstige Bauchwandbrüche:

- bei größeren Nabelbrüchen
- bei Narbenbrüchen
- bei epigastrischen Brüchen
- bei parastomalen Brüchen

Andere:

- Entfernung der Nebenniere bei Tumor
- Entfernung der Milz

**Wichtig:** Das Einsatzgebiet für minimal-invasive OP-Techniken wird ständig erweitert. So werden heute am Klinikum Itzehoe auch bösartige Erkrankungen des Dickdarmes (in frühen Stadien) laparoskopisch operiert. Eine weitere Ausdehnung dieser patientenfreundlichen OP-Technik wird angestrebt.

### **Rendez-vous-Verfahren**

Die Rendez-vous-Technik (zwischen Laparoskopie und Endoskopie) kommt sowohl im oberen als auch im unteren Magen-Darm-Trakt zur Anwendung. Hierbei ergänzen sich die Möglichkeiten der Darmspiegelung (Koloskopie), der Magenspiegelung (Gastroskopie) mit den Möglichkeiten der Spiegelung der Bauchhöhle (Laparoskopie).

- Koloskopisch unterstützte laparoskopische Wedge-Resektionen
- Laparoskopisch unterstützte koloskopische Polypektomien

Auch die laparoskopisch assistierten Verfahren, also komplexere operative Eingriffe, bei denen ein Großteil der Operation rein laparoskopisch durchgeführt wird, kommen zunehmend zur Anwendung. Im Brustkorbbereich werden explorative Thorakoskopien und thorakoskopische Klemmenresektionen bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen durchgeführt.

### **Weichteilbrüche**

Weichteilbrüche sind nicht immer sofort zu erkennen. Sie verursachen auch nicht unbedingt große Schmerzen. Anzeichen können sich aber eventuell bei extremer Belastung wie schweres Heben, langes Sitzen oder starkem Husten bemerkbar machen. Zum häufigsten Weichteilbruch gehört der Leistenbruch, der überwiegend bei Männern auftritt.

### **Leistenbruch**

Weitere Symptome: Vorwölbung im Bereich der Leiste, die so genannte Bruchgeschwulst. Leichter, ziehender Schmerz in der Bruchregion, der sich beim Abtasten verstärkt. Der Schmerz kann auch in den Hoden ausstrahlen. Gelegentlich Bauchschmerzen. Sind die Eingeweide eingeklemmt, treten starke Schmerzen und Erbrechen auf.

Weitere Weichteilbrüche können wir diagnostizieren und behandeln:

- Narbenbrüche
- Schenkelbrüche
- Nabelbrüche
- Innere Brüche

Hierbei können wir alle Verfahren (konventionell, gegebenenfalls mit Netz, "Schlüssellochchirurgie") anwenden. Diese Behandlungen sind auch in örtlicher Betäubung realisierbar.

### **Weitere Besonderheiten**

Neben den gängigen Operationen bieten wir auch spezielle Eingriffe an, zum Beispiel bei krankhafter Fettsucht.

Magenbandoperation bei krankhafter Fettsucht (gastric-banding)

Ein Magenband wird bevorzugt über kleine Hautschnitte in den Bereich des Mageneingangs eingebracht. An der Innenseite des Magenbandes befindet sich ein aufblasbarer Ballon, der über einen Schlauch mit einem Reservoir verbunden ist. Dieses Reservoir befindet sich unter der Haut. So kann man nach der Operation den

Durchmesser des Mageneingangs in Abhängigkeit von der gewünschten Gewichtsreduktion variieren.

Der Patient wird so gezwungen, seine Essgewohnheiten zu ändern. Die Nahrungszufuhr wird drastisch eingeschränkt und er muss länger und gründlicher kauen. Selbst nach geringer Nahrungszufuhr tritt schnell ein Sättigungsgefühl ein. Die grundlegende Änderung des Essverhaltens wird durch das Magenband unterstützt, setzt aber die Kooperation des Patienten voraus

#### **Weitere minimal-invasive Operationsverfahren bei krankhafter Fettsucht**

- Magenbypass
- Schlauchmagenbildung

#### Sonderuntersuchungen

Durch kontinuierliche Weiterbildung und Besuchen von Kongressen - weltweit - können wir neueste, sichere, Patienten schonende und hochspezialisierte Untersuchungsmethoden anwenden. Daraus ergibt sich eine schnelle und zuverlässige Diagnosestellung von Beschwerden.

- rektale Endosonographie (Ultraschall innerhalb des Enddarms)
- Sonographie (Ultraschall von Schilddrüse, Bauch und Weichteilen)
- Doppleruntersuchungen (Untersuchungen der Durchblutung)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie	Atypische Lungenresektion, Lappenresektion, einseitige Pneumektomie
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma	In interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie werden notwendige Interventionen und Operationen bei Thoraxverletzten durchgeführt
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie	Neben der Chirurgie von bösartigen Erkrankungen der Speiseröhre umfasst unser Spektrum gutartige Erkrankungen im Erwachsenenalter sowie Verletzungen der Speiseröhre.
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe	Soweit technisch möglich und medizinisch sinnvoll, werden Eingriffe minimal-invasiv durchgeführt, insbesondere zur Exploration, bei Pneumothorax oder zur Sympathektomie.
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie	

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC16 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Aortenaneurysmachirurgie	Interventionell (Aortenstents) und offen-chirurgisch das gesamte Spektrum der Behandlung infrarenaler Bauchaortenaneurysmata wird angeboten.
VC17 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	u.a. Hybrideingriffe (endovaskuläre Therapie plus offene Operation in einem Eingriff) sämtliche endovaskuläre Verfahren und offene Operationen ohne Verwendung einer Herz-Lungen-Maschine werden angeboten es besteht eine enge Kooperation mit der Praxis für Radiologie hier am Haus.
VC18 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	Infusionsbehandlungen (z.B. Prostaglandine), Schmerzbehandlung, Sympathiekolysen, Wundbehandlung durch zertifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal.
VC19 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	Venenzentrum (sämtliche operative Verfahren v.a. der primären Varicosis) Duplexsonographie (2 hochwertige Geräte), Doppler, Phlebographie und andere phlebologische Untersuchungsverfahren
VC20 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie	
VC21 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie	Der Schwerpunkt der endokrinen Chirurgie liegt bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen der Schilddrüse und Nebenschilddrüse. Diese Eingriffe werden in der Regel unter Neuromonitoring des Nervus recurrens durchgeführt. Die Chirurgie an der Nebenniere kann meist minimalinvasiv erfolgen.

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC22 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie	Wir bieten in unserer Klinik das gesamte Operationsspektrum - zunehmend minimal-invasiv - bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen von Magen, Dünn- und Dickdarm sowie Enddarm inklusive der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen und der Proktologie.
VC23 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Sämtliche Eingriffe an Leber, Pankreas und Galle werden durchgeführt, inklusive atypischer und anatomischer Leberresektionen, Whipple-OP, Pankreaslinks-Resektion, totale Pankreatektomie, Duodenumerhaltende Pankreaskopfresektion, Gallengangschirurgie bei benignen und malignen Indikationen
VC24 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie	Interdisziplinäre Diskussion der onkologischen Patienten in regelmäßigen onkologischen Konferenzen u.a. zur Planung operativer, neoadjuvanter, adjuvanter und palliativer Therapiemaßnahmen.
VC60 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie	Magenband, Magenbypass, Schlauchbildung
VC61 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Dialyseshuntchirurgie	Sämtliche Verfahren
VC62 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation	
VC68 Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Mammachirurgie	
VC29 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC34 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	In interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Unfallchirurgischen Klinik werden notwendige Interventionen und Operationen bei Thoraxverletzten durchgeführt.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Das sich ständig erweiternde Operationsspektrum umfasst Eingriffe an Magen, Gallenblase, Nebenniere, Zwerchfell, Dünndarm, Appendix, Dickdarm, Leber und Bauchwand. Zudem werden Bruchoperationen sowie Explorationen und Adhäsiolysen laparoskopisch durchgeführt.
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen	Die Versorgung von Leistenhernien wird überwiegend in total extraperitoneller, endoskopischer Technik durchgeführt
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	Indikationssprechstunde, Privatsprechstunde, Spezialsprechstunden für CED, Gefäßchirurgie, Proktologie, Venenzentrum Glückstadt, Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenenerkrankungen, Wundsprechstunde, Adipositas
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie	
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie	
VR14	Optische Verfahren: Optische laserbasierte Verfahren	
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie	In Kooperation mit der Radiologie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie	
VR17	Darstellung des Gefäßsystems: Lymphographie	In Kooperation mit der Radiologie
VR47	Allgemein: Tumorembolisation	In Kooperation mit der Radiologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	Kommentar / Erläuterung
VX00	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	Neben konservativen und pflegerischen Maßnahmen (standardisierte Protokolle) werden operative Eingriffe wie Debridement, VAC-Verbände und plastische Deckungen durchgeführt.

#### **B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

#### **B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 3.424  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 86

#### **B-1.6 Diagnosen nach ICD**

##### **B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	380
2	K80	Gallensteinleiden	271
3	K40	Leistenbruch (Hernie)	227
4	I83	Krampfadern der Beine	144
5	K35	Akute Blinddarmentzündung	127
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	122
7	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	115
8	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	112
9	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	95
10	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	87

##### **B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

Trifft nicht zu, bzw. entfällt.

## **B-1.7 Prozeduren nach OPS**

### **B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-191	Verband bei großflächigen bzw. schwerwiegenden Hautkrankheiten	657
2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	509
3	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	428
4	8-179	Sonstige Behandlung durch Spülungen	413
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	396
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	373
7	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	359
8	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	310
9	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	247
10	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	232

### **B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

Trifft nicht zu, bzw. entfällt.

## **B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Sprechstunde Herr Prof. Dr. Neipp

### **Proktologische Sprechstunde**

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Erläuterung: Proktologische Sprechstunde

### **Notfallambulanz**

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

Weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

- Gefäßsprechstunde - KV Ermächtigung (Herr Dr. Pfeiffenberger)
- Adipositasprechstunde
- Kassenärztliche Sprechstunde und Indikationssprechstunde
- Prä./postoperative Ambulanz
- Darmzentrumssprechstunde
- Krampfadersprechstunde
- Schilddrüsensprechstunde



### **B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	130
2	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	36
3	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	33
4	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	16
5	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	12
6	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	6
7 – 1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	5
7 – 2	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	5
7 – 3	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	5
10	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	4

### **B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

### **B-1.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	22,58
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,58
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	20,58
– davon ambulante Versorgungsformen	2
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	12,08
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,08
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,08
– davon ambulante Versorgungsformen	2

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ13	Viszeralchirurgie

## **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF31	Phlebologie
ZF34	Proktologie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

## B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen</b>	<b>45,12</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	45,12	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	43,32	
- davon ambulante Versorgungsformen	1,8	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Altenpfleger/ -innen</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistenten/ -assistentinnen</b>	<b>0</b>	<b>2 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelfer/ -innen</b>	<b>2,88</b>	<b>1 Jahr</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,88	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2,88	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ -innen</b>	<b>0,3</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,3	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,3	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	<b>0</b>	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Medizinische Fachangestellte	4,1	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,1	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2,6	
- davon ambulante Versorgungsformen	1,5	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse	Kommentar / Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches	
PQ20	Praxisanleitung	

### **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

### **B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

.

## **B-2 Klinik für Anästhesiologie**

### **B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Anästhesiologie  
Schlüssel: Intensivmedizin (3600)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 2501  
Telefax: 04281 / 772 - 2509  
E-Mail: [m.fiege@kh-itzehoe.de](mailto:m.fiege@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: PD Dr. med. Marko Fiege  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2501  
E-Mail: [m.fiege@kh-itzehoe.de](mailto:m.fiege@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

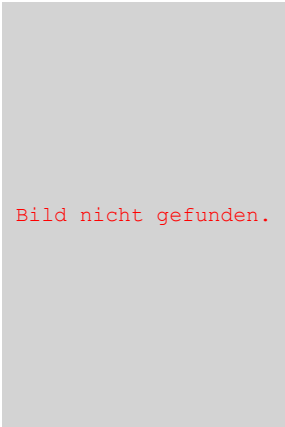


Bild nicht gefunden.

### **B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Klinik für Anästhesiologie. Wir freuen uns, dass unser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

Unsere Klinik steht für die Anästhesie bei geplanten Operationen, Interventionen oder diagnostischen Maßnahmen im gesamten Klinikum zur Verfügung, in Notfallsituationen rund um die Uhr. Wir versorgen die Patienten aller chirurgischen Fachdisziplinen und wenden dabei alle modernen Allgemein- und Regionalanästhesieverfahren an.

Die Aufklärung der Patienten über die Narkose sowie die präoperative Vorbereitung erfolgt über eine zentrale Anästhesie-Ambulanz. Neben dem Zentral-OP mit 9 OP-Sälen versorgen wir anästhesiologisch weitere Eingriffsräume im Klinikum Itzehoe.

Die anästhesiologisch geleitete operative Intensivstation (Station 19) steht für die interdisziplinäre Versorgung von Patienten aus allen Kliniken des Klinikums zur Verfügung. Als Schwerpunkt werden auf der Station Patienten nach großen operativen Eingriffen, aber auch polytraumatisierte Patienten oder Patienten mit Sepsis mit allen modernen intensivmedizinischen Behandlungsmethoden versorgt. Hierfür stehen insgesamt 16 Intensivbehandlungsbetten zur Verfügung.

In Zusammenarbeit mit der RKiSH (Rettungsdienstkooperation in Schleswig-Holstein) stellt unsere Klinik die Notfallversorgung in Itzehoe und im Kreis Steinburg sicher. Notfallmediziner der Klinik besetzen die Notarzteinsetzfahrzeuge der RKiSH im Kreis.

Die Schmerzambulanz unserer Klinik versorgt mit dem postoperativen Akutschmerzdienst alle stationären Patienten nach einer Operation. Zusätzlich werden chronisch kranke Schmerzpatienten durch qualifizierte Schmerztherapeuten täglich in der Ambulanz behandelt. Sofern spezielle therapeutische Maßnahmen es erfordern, wird auch eine stationäre Schmerztherapie im Klinikum durchgeführt. Einzelne Mitarbeiter der Klinik sind darüber hinaus speziell im Bereich der Palliativmedizin ausgebildet.

Unsere Klinik ist für die Organisation des Blutspendedienstes des Klinikums verantwortlich. Dieser wird in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Transfusionsmedizin (ZIT) in Hamburg-Eilbek durchgeführt. Zusätzlich wird durch unsere Klinik die Versorgung des Klinikums Itzehoe mit Blutprodukten sichergestellt.

Weitere und detailliertere Informationen zum Leistungsspektrum der Klinik finden Sie auf unserer Homepage: [www.klinikum-itzehoe.de](http://www.klinikum-itzehoe.de)

#### Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie

VC52 Neurochirurgie: Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")

VC53 Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen

VC67 Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin

VC71 Allgemein: Notfallmedizin

### **B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

### **B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 16

davon 4 IMC Betten

Keine Angabe von Fallzahlen, da eine Zuordnung der Fälle zu den entlassenden Kliniken erfolgt.

**Anästhesie:** Im Jahr 2018 wurden in der Klinik für Anästhesie 10.113 Narkosen durchgeführt.

#### **Intensivmedizin:**

Im Jahr 2018 wurden in der Klinik für Anästhesie 1.290 Patienten intensivmedizinisch betreut. 497 Patienten wurden beatmet. Dabei entstanden 28.220 Beatmungstunden.

#### **Rettungsdienst:**

Im Jahr 2018 wurden 2.486 Notarzteinsetze von unseren Ärzten gefahren.

### **Blutspendedienst:**

In unserem Blutspendedienst wurden im Jahr 2018 7.371 Blutkonserven entnommen

### **Schmerzambulanz:**

In unserer Schmerzambulanz wurden im Jahr 2018 1.161 Schmerzpatienten behandelt.

### **B-2.6 Diagnosen nach ICD**

#### **B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

keine Angaben, da Zuordnung zu den entlassenden Kliniken

#### **B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

keine Angaben, da Zuordnung zu den entlassenden Kliniken

### **B-2.7 Prozeduren nach OPS**

#### **B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

keine Angaben, da Zuordnung zu den entlassenden Kliniken

#### **B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

keine Angaben, da Zuordnung zu den entlassenden Kliniken

### **B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Sprechstunde Herr PD Dr. Fiege

#### **Schmerzambulanz**

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Erläuterung: Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten

Weitere Ambulanzen:

- Eigenblutspende - Vor bestimmten Operationen besteht die Möglichkeit, Eigenblut zu spenden, um das sehr kleine Übertragungsrisiko von Hepatitis- bzw. HIV-Viren völlig auszuschließen
- Prämedikationsambulanz - Durchführung der anästhesiologischen Voruntersuchung und Aufklärung der Patienten vor geplanten Narkosen

### **B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

In der Klinik wurden keine ambulanten Operationen nach § 115 SGB V erbracht.

### **B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

## **B-2.11 Personelle Ausstattung**

### **B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	35,14
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	35,14
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	34,54
- davon ambulante Versorgungsformen	0,6
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	19,23
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,23
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	18,63
- davon ambulante Versorgungsformen	0,6

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ01 Anästhesiologie

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF01 Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF02 Akupunktur
ZF15 Intensivmedizin
ZF22 Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF28 Notfallmedizin
ZF30 Palliativmedizin
ZF35 Psychoanalyse
ZF36 Psychotherapie – fachgebunden –
ZF38 Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF42 Spezielle Schmerztherapie

### **B-2.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	82,25	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	82,25	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	82,25	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	



	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Altenpfleger/ –innen	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistenten/ –assistentinnen	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelfer/ –innen	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	3	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen / Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen / Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistenz	5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	6,75	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,75	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ02 Diplom

PQ15 Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege

PQ04 Intensiv- und Anästhesiepflege

PQ05 Leitung einer Station / eines Bereiches

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ12 Notfallpflege

PQ08 Pflege im Operationsdienst

PQ20 Praxisanleitung

**Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr. Zusatzqualifikationen

ZP32 Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®

ZP08 Kinästhetik

ZP27 OP-Koordination

ZP13 Qualitätsmanagement

ZP14 Schmerzmanagement

ZP15 Stomamanagement

ZP16 Wundmanagement

## **B-3 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

### **B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Schlüssel: Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 2701  
Telefax: 04281 / 772 - 2709  
E-Mail: [u.heilenkoetter@kh-itzehoe.de](mailto:u.heilenkoetter@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Dr. med. Uwe Heilenkötter  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2701  
E-Mail: [u.heilenkoetter@kh-itzehoe.de](mailto:u.heilenkoetter@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

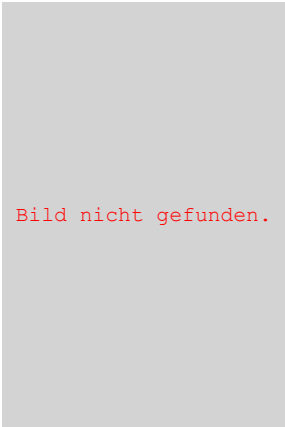


Bild nicht gefunden.

### **B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

In der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden alle Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und der Brustdrüsen sowie Krankheiten im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und einer Entbindung behandelt.

Zusammen mit den Westküstenkliniken Heide und Brunsbüttel, dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster und dem Kreiskrankenhaus Rendsburg haben wir das durch die Deutsche Krebsgesellschaft anerkannte und zertifizierte Holsteinische Brustzentrum (Optimierung der Behandlung des Brustkrebses) gegründet. Seit 2017 ist zudem in

unserem Hause ein zertifiziertes Gynäkologische Krebszentrum etabliert. Wir bieten sämtliche Operations- und Behandlungskonzepte im Zusammenhang mit Brustkrebs und leitlinienkonforme Therapien für die übrigen gynäkologischen Krebserkrankungen an. Plastische Operationen der Brust und der Bauchdecke komplettieren unser operatives Spektrum und werden in enger Kooperation mit der Plastischen Chirurgie in unserem Hause durchgeführt, so dass auch die Lappenrekonstruktion gelebt wird.

Ein weiterer Schwerpunkt der Abteilung beschäftigt sich mit der Diagnostik und Therapie von Senkungszuständen des Genitale mit entsprechender urodynamischer Ausstattung, dem Angebot von Biofeedback und modernen Operationsverfahren (Bandersatz).

Die Standardoperationen zur Behandlung der Gebärmuttererkrankung oder der Erkrankung des Eierstocks werden überwiegend per Schlüssellochchirurgie (Bauchspiegelung) abgedeckt, nur selten ist noch ein Bauchschnitt notwendig. Gemeinsam mit den Patientinnen werden in einer täglich angebotenen Sprechstunde die Operationen geplant.

Ein Laser steht zur Behandlung von Feigwarzen und Hautveränderungen des äusseren Genitale zur Verfügung.

In unserem Perinatalzentrum (Level 1) betreuen wir Mutter und Kind umfassend in der Schwangerschaft, während und nach der Geburt. Für Risikoschwangerschaften gibt es spezielle Sprechstunden (Beckenendlagensprechstunde, Mehrlingssprechstunde, Geburtsplanungssprechstunde, Dopplersonographiesprechstunde).

First Trimester Screening, Second Trimester Ultraschall (Pränataldiagnostik), Fruchtwasseruntersuchungen werden angeboten.

Während der Geburt können Frauen von Homöopathie über Akupunktur bis hin zu schonenden Teilnarkosen (Periduralanästhesie) jederzeit auf alle Hilfsmittel der modernen Geburtshilfe zurückgreifen. Grossen Wert legen wir auf die frühe Bindungsphase zu ihrem Baby: Bei normaler Geburt, wie auch beim Kaiserschnitt geben wir den jungen Familien viel Zeit, um diese zu geniessen.

Nach der Geburt bieten wir für alle Mütter und Neugeborenen den Service eines „zertifizierten Babyfreundlichen Krankenhauses“ mit familienfreundlichen Versorgungsabläufen: "Rooming in" (der Säugling ist 24 Stunden bei der Mutter) in den Zimmern unserer Entbindungsstation, Familienzimmer sind kostenlos.

Zudem sind alle unsere Mitarbeiter in der Anleitung und Beratung des Stillens geschult (Zertifizierung Babyfreundliches Krankenhaus nach WHO).

Alle Frühgeborenen und kranken Neugeborenen werden von den "Neugeborenenärzten" - Neonatologen - der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und von den Pflegespezialisten der Neugeborenenintensivstation versorgt.

Im Klinikum Itzehoe kommen jährlich zirka 1.700 Babys zur Welt.

### **Perinatalzentrum** (anerkannt als Level 1)

„Perinatale“ bedeutet „um die Geburt herum“. Im Perinatalzentrum unseres babyfreundlichen Klinikums Itzehoe verfolgen wir ein ganzheitliches Konzept zur Betreuung, während und nach der Geburt, bei dem Sie und Ihr Kind im Mittelpunkt stehen.

Dabei arbeiten Geburtshelfer, Kinderärzte, Hebammen, Pflegepersonal, Stillberaterinnen und Therapeuten Hand in Hand. In unserer geburtshilflichen und kinderärztlichen Fachabteilung verbinden wir die Möglichkeiten der modernen Medizin mit einer familienfreundlichen Atmosphäre. Ultraschalldiagnostik mit hoher fachlicher Expertise (DEGUM II) ist in die Behandlungsabläufe integriert.

Weitere und detailliertere Informationen zum Leistungsspektrum der Klinik finden Sie auf unserer Homepage: [www.klinikum-itzehoe.de](http://www.klinikum-itzehoe.de)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische / Plastische Mammachirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG19	Ambulante Entbindung

### **B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

### **B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 4.542

Teilstationäre Fallzahl: 509

Anzahl Betten: 38

### **B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	854
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	491
3	C50	Brustkrebs	244
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	241
5	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	161
6	P20	Sauerstoffmangel in der Gebärmutter	146
7	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	143
8	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	109
9	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	82
10	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	76

### **B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.523
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	1.145
3	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	921
4	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spalraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	621
5	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	553
6	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	519
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	495
8	8-911	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spalraum im Wirbelkanal (Subarachnoidalraum)	442
9	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	421
10	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	335

### **B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
Erläuterung: Sprechstunde Dr. Heilenkötter

#### **Gynäkologische Praxis**

Art der Ambulanz: Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V  
Weitere Ambulanzen:

- Onkologische Tagesklinik - Ambulante Chemotherapien von gynäkologischen Tumoren
- Brustsprechstunde
- Senkungssprechstunde - Diagnostik, Beratung und Therapieplanung im Falle von Senkungszuständen des Genitales oder Inkontinenzbeschwerden
- Hebammensprechstunde - Hier besteht die Möglichkeit, unsere Hebammen kennen zu lernen. Wünsche und Vorstellung über die Geburt und den Aufenthalt in unserer Klinik (z.B. Belegung im Familienzimmer) können im Vorwege besprochen werden.
- Ärztliche Sprechstunden in der Geburtshilfe - Geburtsplanung / fetomaternale Dopplersonographie / Mehrlinge / Beckenendlage mit Wendungsangebot / Pränataldiagnostik / First-Trimester Screening
- Myomsprechstunde
- Endometriosesprechstunde

### **B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	204
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	122
3	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	117
4	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	108
5	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	98
6	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	90
7	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoperation bei der Frau	63
8	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	40
9	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	39
10	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	25

### **B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

### **B-3.11 Personelle Ausstattung**

#### **B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	16,38
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,38
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	14,38
- davon ambulante Versorgungsformen	2
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	8,36
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,36
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	6,36
- davon ambulante Versorgungsformen	2

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ14 Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ16 Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17 Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF01 Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF30 Palliativmedizin
ZF38 Röntgendiagnostik – fachgebunden –

#### **B-3.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	12,08	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,08	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	10,8	
- davon ambulante Versorgungsformen	1,28	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	10,74	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,74	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	10,74	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpfleger/ -innen	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	



	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Pflegeassistenten/ –assistentinnen</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelfer/ –innen</b>	0,36	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,36	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ –innen</b>	1	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	16,58	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	16,58	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	2,78	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,78	
– davon ambulante Versorgungsformen	2	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

### **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP23	Breast Care Nurse
ZP20	Palliative Care
ZP13	Qualitätsmanagement

Nr. Zusatzqualifikationen

ZP28 Still- und Laktationsberatung

## **B-4 Geriatrische Klinik Akutgeriatrie - Frührehabilitation - Geriatrische Tagesklinik**

### **B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Geriatrische Klinik Akutgeriatrie - Frührehabilitation - Geriatrische Tagesklinik  
Schlüssel: Geriatrie (0200)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 5201  
Telefax: 04281 / 772 - 5209  
E-Mail: [b.sgries@kh-itzehoe.de](mailto:b.sgries@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Dr. med. Bernd Sgries  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 5201  
E-Mail: [b.sgries@kh-itzehoe.de](mailto:b.sgries@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

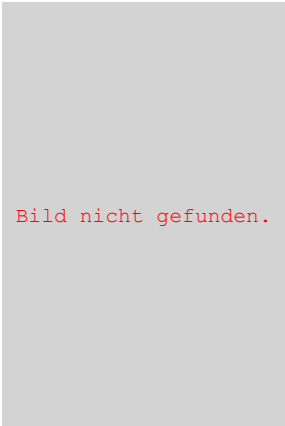


Bild nicht gefunden.

### **B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:  
Ja

### **B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Geriatrischen Klinik Akutgeriatrie - Frührehabilitation - Geriatrische Tagesklinik. Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

#### **Welche Patienten mit welchen Krankheitsbildern nehmen wir auf?**

Die Klinik für Geriatrie behandelt alle geriatrischen Patienten (Alter > 65-70 Jahre und Multimorbidität, d.h. mehrere relevante gesundheitliche Einschränkungen).

Typisch ist eine Behandlung nach dem ganzheitlichen Therapieprinzip der Geriatrie für folgende Erkrankungen (beispielhaft):

- Schlaganfall
- Morbus Parkinson
- Zustand nach Operationen an den großen Gelenken (Hüfte/Knie nach Frakturen oder Ersatz)
- Zustand nach Amputation von Gliedmaßen (Prothesentraining)
- entzündliche oder degenerative Erkrankung der Gelenke (zum Beispiel Arthrosen) oder des Zentralnervensystems (zum Beispiel leichte Formen der Hirnleistungsstörung)
- Osteoporose
- Folgen peripherer Durchblutungsstörungen

### **Unser Leistungsspektrum in der Diagnostik und Therapie**

Unseren Patienten in der Geriatrie stellen wir alle diagnostischen Untersuchungsmethoden unseres Schwerpunktkrankenhauses zur Verfügung, falls es die Situation erfordert. Neben einer angepassten Diagnostik und medikamentösen Therapie ist unser oberstes Ziel die Rückkehr unserer Patienten in ihr gewohntes privates Umfeld. Deshalb erfassen wir im Rahmen eines so genannten "Geriatrischen Assessments" automatisch alle häufig vorkommenden Probleme und integrieren diese gegebenenfalls in das Therapiekonzept. Hierzu gehört unter anderem auch, dass wir bereits bei der Aufnahmeuntersuchung Informationen über die häusliche Wohnungssituation dokumentieren, denn nur so können wir das bestmögliche Therapieergebnis erreichen.

### **Physikalische Therapie**

Alle gängigen Therapieformen der physikalischen Therapie stehen für die Behandlung geriatrischer Patienten zur Verfügung.

- Massagetechniken wie klassische Massage und Marnitz-Therapie, Reflexzonenmassage, Kolonmassage
- Manuelle Lymphdrainage
- Bäder
- Wärme- und Kälte-Packungen
- Elektrotherapie incl. TENS
- Inhalationen

### **Krankengymnastik**

Die Krankengymnastik ist unverzichtbarer Bestandteil in der Behandlung geriatrischer Patienten. Für viele Krankheitsbilder hat sich dabei das Therapiekonzept nach B. und K. Bobath bewährt. Andere Erkrankungen profitieren eher von anderen speziellen physiotherapeutischen Techniken.

Diesen vielseitigen Aufgaben tragen wir durch eine ständige Schulung und Weiterbildung unserer Krankengymnasten in den unterschiedlichen Behandlungsformen Rechnung, um so die bestmögliche Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten. Dabei stimmen wir die therapeutischen Zielsetzungen immer auf die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse unserer Patienten ab, um den möglichst raschen Übergang in die häusliche Umgebung und die ambulanten Versorgungsstrukturen zu erreichen.

Selbstverständlich nutzen wir bei geeigneten Krankheitsbildern und Patienten auch die Möglichkeiten der Behandlung im Bewegungsbad.

### **Ergotherapie**

Eine der wichtigsten Aufgaben der Ergotherapeuten in der Geriatrie ist das Selbsthilfetraining für Alltagsverrichtungen (so genannter ADL-Bereich - activities of daily living). Hierfür steht im Gebäude unserer Tagesklinik eine Übungsküche zur Verfügung.

Neben der Erprobung alltäglicher Handlungen im Küchenbereich können wir hier auch Möglichkeiten eines behindertengerechten Küchenumbaus demonstrieren, wie zum Beispiel unterfahrbare Herdplatten (für Rollstuhlfahrer) und höhenverstellbare Küchenschränke und Spülen.

Weiterhin verfügen wir über ein Übungsbad, in dem wir zahlreiche Badhilfsmittel vorführen und erproben können wie zum Beispiel Haltegriffe, Toilettensitzerhöhungen, Badewannenaufsätze und Lifter.

Falls es erforderlich erscheint, bieten wir im Rahmen der Entlassungsvorbereitung auch einen Hausbesuch in der Wohnung des Patienten an. Im Vordergrund stehen hier Ratschläge zur Wohnraumgestaltung sowie zur häuslichen Hilfsmittelversorgung.

Zudem gehört auch die Unterweisung in sonstigen Hilfsmitteln, aber auch die funktionelle Behandlung motorischer Störungen (zum Beispiel Armlähmungen bei Schlaganfallpatienten) sowie die Therapie bei Hirnleistungsstörungen zu den Schwerpunkten ergotherapeutischer Arbeit.

### **Logopädie**

Die Diagnostik und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schreibstörungen gehört zu den Aufgaben der Logopäden. Hierfür steht neben den klassischen Medien wie Papier, Bleistift und Kassettenrecorder auch ein PC-gestütztes Therapieprogramm zur Verfügung.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Diagnostik und Behandlung von Schluckstörungen, die gerade beim älteren Patienten und einigen seiner typischen Erkrankungen häufig auftreten. Sie beeinträchtigen nicht nur in erheblichem Maß die Lebensqualität der Betroffenen, sondern können auch zu einer Reihe ernster Komplikationen führen.

Seit Einführung der fachärztlich durchgeführten videoendoskopischen Schluckdiagnostik können wir Schluckstörungen noch differenzierter erkennen und den Therapieerfolg effektiver kontrollieren.

### **Aktivierend-rehabilitative Krankenpflege**

Krankenpflege in der Geriatrie bedeutet mehr als nur die pflegerische Versorgung der Patienten. Da der geriatrische Patient durch seine gesundheitlichen Probleme oftmals von Unselbstständigkeit und Abhängigkeit bedroht wird, erfüllt die Krankenpflege auch immer die Anleitung zur Selbsthilfe. Sie ist also ein wichtiger therapeutischer Bestandteil des geriatrischen Teams und arbeitet nach Möglichkeit stets auch rehabilitativ.

Wichtige Aufgaben sind hierbei unter anderem Wasch- und Anziehtraining, Inkontinenztraining sowie die therapeutische Unterstützung bei Transfers und Gängen im Krankenzimmer.

### **(Neuro-) Psychologie**

Der Aufgabenbereich der Psychologen in der Geriatrie ist vielfältig. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Diagnostik und Behandlung neuropsychologischer Störungen, wie sie oftmals im Rahmen einer Schlaganfallserkrankung vorkommen. Hierzu stehen umfangreiche computerunterstützte Programme zur Verfügung, die auch von Alterspatienten sehr gut akzeptiert werden.

Auch an der Diagnostik anderer Hirnleistungsstörungen wie Demenzen (Alzheimer-Krankheit und ähnliches) und der Durchführung eines Hirnleistungstrainings sind die Psychologen beteiligt.

Entspannungsverfahren und Psychotherapie komplettieren die therapeutischen Möglichkeiten.

### **Sozialarbeit**

Wir sind für Sie da, wenn Sie sich als Patient oder Angehöriger mit der Frage beschäftigen:

- Wie kann es nach dem Aufenthalt in der Tagesklinik/Geriatrie weitergehen?

- Wie kann ich/können wir mit der veränderten Situation leben?
- Welche Hilfen können in Anspruch genommen werden?

Dafür nehmen wir uns Zeit und informieren beziehungsweise beraten Sie:

- zur Pflegeversicherung,
- zu Ambulanten Pflegediensten,
- über Alten- und Pflegeheime,
- über Hilfsmittel.

Und wir unterstützen unsere Patienten gern:

- bei der Erledigung von Anträgen,
- bei der Kontaktaufnahme mit den Pflegediensten und Heimen,
- bei Formalitäten mit Krankenkassen und Pflegekassen.

### **Kath. und ev.-luth. Seelsorge**

Seit den Anfängen der Geriatrie im Krankenhaus Itzehoe besteht eine enge, regelmäßige Diskussion und Zusammenarbeit mit den jeweiligen Krankenhausseelsorgern, die auf Wunsch gern jeden Patienten besuchen, ein offenes Ohr für seine Probleme haben und seelsorgerischen Beistand gewähren.

Wenn es der Gesundheitszustand unserer Patienten erlaubt, so ermöglichen wir ihnen selbstverständlich auch die direkte Teilnahme an den sonntäglichen Andachten. Die übrigen Patienten können den Gottesdienst über das Hausradio verfolgen.

### **Die Geriatrie Tagesklinik**

Mit unserem Behandlungsprinzip, der Geriatrie Tagesklinik, behandeln wir während der Woche Patienten, die allein, mit Hilfe von Angehörigen oder Ambulanten Pflegediensten nachts und am Wochenende zu Hause leben können. Diese Patienten sind nicht auf ständige ärztliche Überwachung angewiesen, bedürfen aber auf Grund ihrer bestehenden Defizite intensiver Diagnostik beziehungsweise Behandlungen sowie regelmäßiger ärztlicher Therapiekontrollen, die ambulant nicht zu gewährleisten sind.

Die Behandlung dauert in der Regel 15 bis 20 Tage. Die Anmeldung erfolgt - wie bei der vollstationären Geriatrie - direkt durch den Hausarzt oder durch die entlassende Krankenhausabteilung. Eine länger dauernde Behandlung ist im Einzelfall nach Rücksprache mit dem zuständigen Kostenträger, in der Regel die Krankenkasse, möglich.

Die Patienten werden morgens von zu Hause abgeholt und abends wieder zurückgebracht; Transportkosten entstehen den Patienten nicht. Ein Mittagessen wird in der Tagesklinik gereicht.

Bei akut auftretenden Problemen außerhalb der tagesklinischen Behandlungszeiten bleibt der Hausarzt der primäre Ansprechpartner.

Seit Ende 2008 gehört auch die **Neurologische Frührehabilitation Phase B** zum Leistungsspektrum der Klinik, eine frührehabilitative Behandlung für jüngeren Patienten mit Schlaganfällen und anderen neurologischen Störungen.

Weitere und detaillierte Informationen zum Leistungsspektrum der Klinik finden Sie auf unserer homepage unter: [www.klinikum-itzehoe.de](http://www.klinikum-itzehoe.de)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC01	Herzchirurgie: Koronarchirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC03	Herzchirurgie: Herzklappenchirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
VC16	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Aortenaneurysmachirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
VC22	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
VC23	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
VC24	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren / Endoprothetik	Geriatrische Weiterbehandlung
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
VC43	Neurochirurgie: Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie
VC44	Neurochirurgie: Chirurgie der Hirngefäß-erkrankungen	Geriatric: Durchführung einer konservativ-frührehabilitativen Therapie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC65	Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	Geriatrische Weiterbehandlung
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO	
VH24 Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI26	Naturheilkunde	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI44	Geriatrische Tagesklinik	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	für geriatrische Patienten: Schwerpunkt Therapie mit frührehabilitativen Ansatz
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	für geriatrische Patienten: Schwerpunkt Therapie mit frührehabilitativen Ansatz
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	für geriatrische Patienten: Schwerpunkt Therapie mit frührehabilitativen Ansatz
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativenm Ansatz
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN23	Schmerztherapie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	für geriatrische Patienten
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	für geriatrische Patienten
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	für geriatrische Patienten
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	für geriatrische Patienten
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	für geriatrische Patienten
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	für geriatrische Patienten
VO18	Schmerztherapie / Multimodale Schmerztherapie	für geriatrische Patienten

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	für geriatrische Patienten
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	für geriatrische Patienten
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	für geriatrische Patienten
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	für geriatrische Patienten
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie	Kommentar / Erläuterung
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	bei geriatrische Patienten
VU13	Tumorchirurgie	für geriatrische Patienten
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Kommentar / Erläuterung
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	Schluckstörungen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	Kommentar / Erläuterung
VX00	Diagnostik und Therapie von Dysphagien mittels Videoendoskopie und logopädischer Behandlung	für geriatrische Patienten mit begleitendem frührehabilitativen Ansatz
VX00	Diagnostik und Therapie von Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen bei geriatrischen Patienten	

#### **B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

#### **B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 91  
 Teilstationäre Fallzahl: 355  
 Anzahl Betten: 50

Die Klinik für Geriatrie übernimmt Patienten aus nahezu allen Kliniken des Hauses, wenn die geriatrischen Kriterien erfüllt sind und ein spezieller geriatrischer Behandlungsbedarf besteht. Die hier ausgewiesene Fallzahl beschreibt nur die externen Direktzugänge. Die Gesamtzahl der vollstationär behandelten Patienten in der Klinik lag mit mehr als 800 Patienten im Jahr 2018 deutlich höher.

#### **B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	113
2	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	87

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	39
4	I50	Herzschwäche	34
5	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	24
6	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	20
7	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	18
8	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	16
9 - 1	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	14
9 - 2	M54	Rückenschmerzen	14

#### **B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98a	Umfassende Behandlung älterer Patienten, die teilweise im Krankenhaus erfolgt	4.799
2	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	770
3	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	65
4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	54
5 – 1	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	45
5 – 2	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	45
7	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	22
8 – 1	8-552	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten	14
8 – 2	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	14
10	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	11

#### **B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

##### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
Erläuterung: Sprechstunde Dr. med. Sgries

##### **Ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung**

Seit 2007 hat die Klinik für Geriatrie als Partner eines Modellprojektes die ambulante geriatrisch-rehabilitative Versorgung (AGRV) in Schleswig-Holstein mit etabliert, seit 01.04.2010 wurde daraus ein ambulantes Reha-Verfahren für Alterspatienten. Unter enger Einbeziehung der Hausärzte werden hier Heilmittel abgegeben (Krankengymnastik, phys. Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie) um bestimmte Defizite zu bessern oder zu heilen. Als dritter Arm der geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein komplettiert die AGRV das Landeskonzept und profitiert vom Know-How der Klinik. Die AGRV unterliegt dem bundesweiten Qualitätssicherungssystem QS-Reha.

#### **B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

In der Geriatrischen Klinik Akutgeriatrie - Frührehabilitation - Geriatrische Tagesklinik wurden keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V erbracht.

## **B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

## **B-4.11 Personelle Ausstattung**

### **B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,91
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,91
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	5,71
- davon ambulante Versorgungsformen	1,2
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	5,41
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,41
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	4,21
- davon ambulante Versorgungsformen	1,2

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ63 Allgemeinmedizin
AQ23 Innere Medizin
AQ49 Physikalische und Rehabilitative Medizin

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF09 Geriatrie
ZF30 Palliativmedizin
ZF32 Physikalische Therapie und Balneologie

### **B-4.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	27,42	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,42	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	25,42	
- davon ambulante Versorgungsformen	2	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Altenpfleger/ –innen</b>	4,42	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,42	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,42	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistenten/ –assistentinnen</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelfer/ –innen</b>	1,25	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ –innen</b>	1,25	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege

PQ05 Leitung einer Station / eines Bereiches

PQ17 Pflege in der Rehabilitation

PQ20 Praxisanleitung

## **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
-----	-----------------------

ZP02	Bobath
------	--------

ZP07	Geriatric
------	-----------

## **B-5 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin**

### **B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin  
Schlüssel: Pädiatrie (1000)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 2201  
Telefax: 04281 / 772 - 2209  
E-Mail: [g.hillebrand@kh-itzehoe.de](mailto:g.hillebrand@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Dr. med. Georg Hillebrand  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2201  
E-Mail: [g.hillebrand@kh-itzehoe.de](mailto:g.hillebrand@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

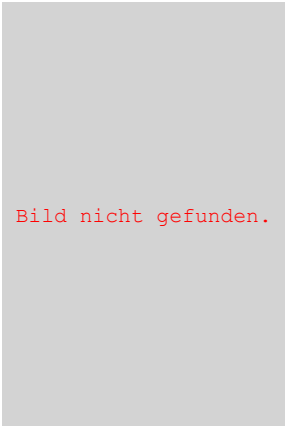


Bild nicht gefunden.

### **B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:  
Ja

### **B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Kinder- und Jugendmedizin. Wir freuen uns, dass dieser Bericht Ihr Interesse findet.

Die Aufgaben unseres Teams umfassen die stationäre und ambulante Behandlung kranker Kinder und Jugendlicher aller Altersstufen. Neben der allgemeinen Kinderheilkunde bildet die Intensivtherapie von Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1) und Kindern einen Schwerpunkt der Klinik. Weitere Schwerpunkte der Klinik sind die Neuropädiatrie, Allergologie und Infektiologie sowie die Pädiatrische Gastroenterologie, Kinderdiabetologie und Pädiatrische Endokrinologie.



Durch die enge Zusammenarbeit von Fachärzten, Ärzten in der Weiterbildung, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Physiotherapeuten, Erzieherinnen und einem Psychologen wird eine ganzheitliche, auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen optimal abgestimmte Behandlung gewährleistet.

In allen Bereichen liegen uns medizinische Kompetenz und Orientierung an modernen Therapiestandards ebenso am Herzen wie die an das Alter angepaßte Betreuung unserer Patienten unter Einbeziehung ihrer Eltern. Aufgelockerte Besuchszeiten und die Mitaufnahme eines Elternteils sind daher für uns selbstverständlich.

Die Kinderklinik führt das Siegel "Ausgezeichnet für Kinder" der GKiND.

Chefarzt: Dr. med. G. Hillebrand

Funktionsbereiche:

- Neonatologie - OÄ Dr. R. Wördehoff, OÄ B. Naust, OÄ Dr. U. Dimke
- Pädiatrische Intensivmedizin - CA Dr. G. Hillebrand
- Allgemeinpädiatrie - OÄ Dr. U. Dimke, OÄ Dr. R. Wördehoff
- Neuropädiatrie - OA Dr. A. Sachs, AO. Dr. N. O. Wiebe
- Diabetologie - Dr. K.P. Otto, Dr. N. Scheffler
- Gastroenterologie - CA Dr. G. Hillebrand

### **Station 1**

Die Intensivstation verfügt über 12 Betten, von denen zehn als Intensivbetten ausgelegt sind. Die Tür-an-Tür Lage zur Geburtshilflichen Klinik im Perinatalzentrum ermöglicht die reibungslose Versorgung auch kleinster Frühgeborener und erlaubt eine frühestmögliche Kontaktaufnahme von Müttern und Vätern mit ihren Kindern und Geschwistern, auch wenn sie vorerst der Betreuung durch den Kinderarzt bedürfen.

Neben dem Chefarzt sind zwei Oberärztinnen und fünf Assistenzärzte verantwortlich, die gemeinsam mit den Gesundheits- und Kinderkranken- intensivpflegerinnen, der Still- und Laktationsberaterin, den Physiotherapeuten und dem Psychologen das Konzept der ganzheitlichen Versorgung unter Einbeziehung der Eltern in die Tat umsetzen: Die Realisierung eines intensiven Eltern-Kind-Kontaktes durch die Känguruh- Pflege („Haut-auf-Haut-Kuscheln“), die tägliche Anleitung in der Pflege der kleinen Neu- und Frühgeborenen und die Beratung in Stillfragen sind wichtige Bestandteile dieses Konzeptes. Seit dem Umbau der Station bieten wir auch "rooming in" für Frühgeborene und deren Eltern an.

Die Nachsorgebetreuung, welche durch intensiver Kontaktaufnahme bereits in der Klinik beginnt, wird nach dem Augsburger Modell ("Der Bunte Kreis" Westholstein / Itzehoe) geleistet. Das Perinatalzentrum ist ein Zentrum der höchsten Versorgungsstufe (Level 1), ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015 und besitzt das Prädikat "Babyfreundliches Krankenhaus" nach den Kriterien der WHO/UNICEF.

Das zweite Aufgabenfeld der Intensivstation stellt die Versorgung schwerkranker Kinder außerhalb der Neugeborenenperiode dar. Lebensbedrohliche Erkrankungen wie Stoffwechselentgleisungen, zum Beispiel bei Diabetes mellitus, Asthmaanfälle, schwere Infektionen und bedrohliche Verletzungen, zum Beispiel nach Verkehrsunfällen, können durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Kinderärzte mit Fachärzten anderer Abteilungen des Hauses einer optimalen Versorgung zugeführt werden.

### **Station 24**

Auf der Wochenbettstation der Geburtshilflichen Klinik (Stationen 23/24) wird die integrierte Wochenbettpflege - Betreuung von Mutter und Kind durch eine Pflegeperson - erfolgreich durchgeführt. Die enge Zusammenarbeit der Geburtshilflichen Abteilung mit der Neugeborenen-Intensivstation, die sich in Tür-an-Tür Lage in der dritten Etage des Klinikums befindet, gewährleistet maximale Sicherheit für Mutter und Kind in der Entbindungsphase.

Bei Risikogeburten - ob geplant oder in Notfallsituationen - ist sofort ein Kinderarzt vor Ort, der das Neugeborene adäquat versorgt und gegebenenfalls weitere Schritte einleitet.

Weitere Bereiche der kinderärztlichen Neugeborenenversorgung umfassen die erste und zweite Vorsorgeuntersuchung (U1 und U2), den täglichen Austausch mit den Krankenschwestern bei der Visite sowie (bei besonderen Fragestellungen und Risiken) die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen, zum Beispiel der Hüften, der Nieren und des Herzens.

Für eine ungestörte Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung ist es sehr wichtig, dass Mutter und Kind in den ersten Lebenstagen die ganze Zeit zusammenbleiben können. Das 24-Stunden-Rooming-In wird daher angeboten und gerne angenommen.

Allen Müttern, die gerne stillen möchten, steht ein Team aus Stillberaterinnen sowie speziell geschulten Hebammen und Krankenschwestern beratend zur Seite, damit sie eine schöne und befriedigende Stillzeit erleben können.

Selbstverständlich werden Mütter, die sich für eine Ernährung mit künstlicher Babynahrung entscheiden, ebenso fürsorglich und kompetent auf diesem Gebiet beraten. In unserem Stillcafé können Schwangere und Mütter Erfahrungen austauschen. Die Stillambulanz bietet fachliche Beratung bei Stillproblemen durch Still- und Laktationsberaterinnen (IBCLC).

### **Kinderaufnahme/Anmeldung/Ambulanz**

In der Aufnahmeeinheit unserer Klinik werden als Notfall vorstellige Kinder und Jugendliche durch einen Facharzt oder erfahrenen Assistenzarzt unter Aufsicht eines Oberarztes aufgenommen. Mittwochs und freitags von 17.00 - 19.00 Uhr sowie an den Wochenenden und Feiertagen von 10.00 - 16.00 Uhr wird in den gleichen Räumlichkeiten die Anlaufsprechstunde durch die niedergelassenen Kinderärzte durchgeführt. Die Anmeldung zu einer unserer Spezialsprechstunden findet hier ebenfalls statt. Auch die kinderärztlichen Untersuchungen vor geplanten ambulanten Operationen erfolgen hier.

Im Rahmen unserer Sprechstunden werden Kinder mit einer Epilepsie, Entwicklungsstörungen, Diabetes mellitus, Gedeihstörungen, chron. Bauchschmerzen und anderen Erkrankungen qualifiziert betreut.

### **Kinderstation 7**

Die Station 7 der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin umfasst 30 Betten, in denen Kinder und Jugendliche aller Altersstufen untergebracht sind. Typische Krankheitsbilder sind Atemwegserkrankungen, Allergien, Infektionskrankheiten, Epilepsien, Stoffwechselerkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus) sowie Erkrankungen, die zu operativen Eingriffen im Bereich des Verdauungstrakts, der Harnwege, des Bewegungsapparates und im HNO-Bereich führen.

Die medizinische Betreuung erfolgt durch ein Team aus Chefarzt, 1 Oberarzt und Assistenzärzten. Rundum die Uhr, also auch nachts und an Feiertagen wird eine kontinuierliche ärztliche Versorgung durch die dienst habenden Assistenzärzte und Oberärzte gewährleistet. Ergänzt wird unser Team durch die Zusammenarbeit mit Fachärzten aus den Bereichen Allgemein- und Unfallchirurgie, Urologie sowie HNO-Heilkunde.

Unsere Physiotherapeuten bieten neben der gezielten Therapie von Bewegungseinschränkungen nach Verletzungen, schweren Krankheiten und Operationen auch die Physiotherapie von entwicklungsgestörten Kindern sowie Asthma-Schulungen an. Die Behandlung kann in vielen Fällen ambulant fortgeführt werden und erfolgt in Zusammenarbeit mit Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapiepraxen und Orthopädietechnikern.

Ein Psychologe vervollständigt das Team. Er beantwortet Fragen der Leistungsdiagnostik, steht beratend zur Seite, wenn Krankheiten durch seelische Ursachen ausgelöst oder verstärkt werden und leistet Eltern und Kindern in Krisensituationen psychologische Unterstützung.

Das Pfl egeteam besteht aus qualifizierten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen. Wir arbeiten nach dem Prinzip der Bezugspflege, d.h.: ein kleines Team von 2-4 Pflegekräften versorgen den Patienten von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung als verantwortlichen Ansprechpartner.

Um den Aufenthalt für unsere kleinen Patienten so wenig belastend wie möglich zu gestalten, ist die Mitaufnahme eines Elternteils im gleichen Zimmer selbstverständlich kostenfrei, es gibt außerdem keine festen Besuchszeiten. Damit keine Langeweile aufkommt, sorgen die Erzieherinnen im Spielzimmer und in den Patientenzimmern mit einer großen Auswahl an Spielzeug und Bastelmaterial für reichlich Beschäftigungs- und Ablenkungsmöglichkeiten. Der tägliche Unterricht durch einen Lehrer erleichtert vielen Kindern, die über längere Zeit im Krankenhaus behandelt werden müssen, den Wiederanfang in der Schule.

Für alle kleinen Patienten, denen es besser geht, so dass sie zeitweilig die Station verlassen können, steht ein Kinderspielplatz im Gartengelände des Klinikums zur Verfügung. Weitere Abwechslung bringt unser Klinikclown Krümel auf die Station. Er sorgt immer wieder für Spaß und gute Laune - nicht nur bei den kleinen Besuchern unserer Klinik!

Auch wenn unsere kleinen Patienten und ihre Eltern sicher glücklich sind, das Krankenhaus wieder verlassen zu können, hoffen wir, den Aufenthalt bei uns so angenehm und kindgerecht, wie möglich gestaltet zu haben. Ihre eventuellen Verbesserungsvorschläge nehmen wir gerne entgegen.

### **Sozialpädiatrisches Zentrum**

Seit 2017 ist ein sozialpädiatrisches Zentrum am Klinikum Itzehoe laut §119 SGB V zugelassen und etabliert. In diesem Zentrum wird eine ambulante, multidisziplinäre Diagnostik und Therapie für alle behinderten oder von Behinderung oder gestörter Teilhabe an der Entwicklung bedrohten Kinder angeboten. Im SPZ arbeiten Kinderärzte, Kinderpsychologen und Therapeuten (Physioth., Ergoth., Logopäden, etc.) in enger Absprache zusammen. Die Leitung des SPZ liegt bei Dr. Esther Gorski.

### **Operative Gebiete**

In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin werden Kinder in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten anderer Fachabteilungen im Hause oder mit niedergelassenen Belegärzten unter anderem allgemein- und unfallchirurgisch sowie HNO-ärztlich betreut. Ein besonderer Schwerpunkt stellt auch die Kinderurologie dar. Durch den minimal-invasiven operativen Zugang (Schlüssellochchirurgie) kann in vielen Fällen das operative Zugangstrauma minimiert werden.

Der stationäre Aufenthalt wird den Kindern durch die Möglichkeit erleichtert, dass auch die Eltern mit aufgenommen werden können. Bei vielen operativen Eingriffen - auch solchen in Vollnarkose - ist die Entlassung aus der stationären Behandlung bereits am Abend des OP-Tages möglich.

### **Kooperationen**

- Kinderchirurgie: AKK Hamburg
- Kinderkardiologie: UKE Hamburg
- Kinderonkologie: UKE Hamburg, UKSH Kiel
- Humangenetik: UKSH Kiel
- Ophthalmologie: Praxis Berger Itzehoe
- Neurochirurgie: UKE Hamburg
- MDSH (Mobile Diabetesschulung Schleswig Holstein)

Weitere und detailliertere Informationen zum Leistungsspektrum der Klinik finden Sie auf unserer homepage: [www.klinikum-itzehoe.de](http://www.klinikum-itzehoe.de)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie	Kommentar / Erläuterung
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	nur Diagnostik, keine Therapie
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	nur Diagnostik, keine Therapie
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	nur Diagnostik
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische / Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen / neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie	Kommentar / Erläuterung
VK23 Versorgung von Mehrlingen	
VK24 Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen	
VK25 Neugeborenenenscreening	
VK26 Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27 Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28 Pädiatrische Psychologie	
VK29 Spezialsprechstunde	
VK30 Immunologie	
VK32 Kindertraumatologie	
VK34 Neuropädiatrie	
VK36 Neonatologie	

## **B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

## **B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 2.389

Teilstationäre Fallzahl: 266

Anzahl Betten: 38

davon 10 Intensivbetten

## **B-5.6 Diagnosen nach ICD**

### **B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	134
2	J20	Akute Bronchitis	120
3	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	108
4	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	103
5	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	81
6 – 1	A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	79
6 – 2	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	79
8 – 1	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	61
8 – 2	P22	Atemnot beim Neugeborenen	61
10	S52	Knochenbruch des Unterarmes	48

### **B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

Trifft nicht zu, bzw. entfällt.

## **B-5.7 Prozeduren nach OPS**

### **B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	890
2	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	779
3	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	158
4	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	157
5	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	129

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	128
7	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	94
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	84
9	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	77
10	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	50

### **B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

### **B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
 Erläuterung: Herr Dr. G. Hillebrand

#### **pädiatrische Diabetesambulanz**

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

#### **Neuropädiatrie**

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

#### **Pädiatrische Endokrinologie**

Art der Ambulanz: Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

#### **Angebotene Leistung**

Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)

Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen

Weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

- Frühgeborenenennachsorge - Frau Perlett
- Nachsorge für Risiko-, Früh- und Neugeborene - OÄ der Intensivstation
- Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) - Herr OA Dr. Sachs, Frau Dr. Gorski, Herr Dr. Wiebe
- Neuropädiatrische Sprechstunde - Herr OA Dr. Sachs
- Pädiatrische Adipositasprechstunde - Fr. Dr. Scheffler, Fr. Dipl.-Päd. Kötterheinrich
- Pädiatrische Gastroenterologie - CA Herr Dr. G. Hillebrand

- Asthmaschulung - Koordination durch Frau Reimers
- Kinderpsychologie - Herr Dipl.-Psych. Meyerhof
- Ambulante Physiotherapie - Frau Schneider, Herr Olde
- Schreiambulanz - Frau Brosch

Tagesklinische Versorgung:

In der aus 8 Betten bestehenden tagesklinischen Einheit erfolgt die perioperative Versorgung tageschirurgischer Patienten, stationäre Diabetesschulung, tagesklinische kinderpneumologische/allergologische Diagnostik sowie infektiologische/immunologische, gastroenterologische Diagnostik und Therapie sowie Schlafmedizin.

### **B-5.9          Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Ambulante Operationen werden durch die Fachbereiche HNO, Urologie und Allgemeinchirurgie durchgeführt.

### **B-5.10        Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung



## **B-5.11 Personelle Ausstattung**

### **B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	24,9
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,9
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	22,9
- davon ambulante Versorgungsformen	2
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	9,59
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,59
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	7,59
- davon ambulante Versorgungsformen	2

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ32 Kinder- und Jugendmedizin
AQ35 Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
AQ36 Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF03 Allergologie
ZF07 Diabetologie
ZF15 Intensivmedizin
ZF16 Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie

### **B-5.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	3	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	3	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	32,67	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,17	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,5	
- davon stationäre Versorgung	30,97	
- davon ambulante Versorgungsformen	1,7	
Altenpfleger/ -innen	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Pflegeassistenten/ –assistentinnen</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelfer/ –innen</b>	0	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ –innen</b>	0,25	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	0,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	5,4	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,75	
– davon ambulante Versorgungsformen	4,65	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

### **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation

Nr. Zusatzqualifikationen

ZP03 Diabetesberatung (DDG)

ZP20 Palliative Care

ZP13 Qualitätsmanagement

ZP14 Schmerzmanagement

ZP28 Still- und Laktationsberatung

### **B-5.11.3      Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,5
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0,5
- davon ambulante Versorgungsformen	1
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	2
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	1
- davon ambulante Versorgungsformen	1
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	0,5
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0,25
- davon ambulante Versorgungsformen	0,25

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

Sozialarbeiter werden über den "Bunten Kreis" gestellt.

## **B-6 Medizinische Klinik**

### **B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Medizinische Klinik  
Schlüssel: Innere Medizin (0100)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 2301  
Telefax: 04281 / 772 - 2309  
E-Mail: [m.kentsch@kh-itzehoe.de](mailto:m.kentsch@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Prof. Dr. med. Michael Kentsch  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2301  
E-Mail: [m.kentsch@kh-itzehoe.de](mailto:m.kentsch@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

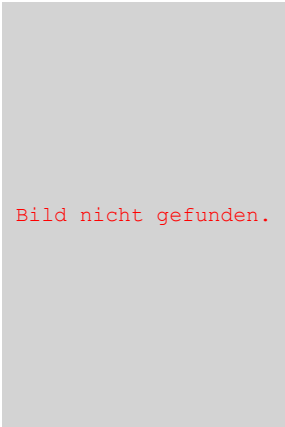


Bild nicht gefunden.

### **B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Medizinischen Klinik. Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

In unserer Industriegesellschaft hat sich eine Verschiebung weg von den Infektionskrankheiten hin zu den Zivilisationskrankheiten vollzogen. Die Medizinische Klinik ist für die Erkrankungen der inneren Organe zuständig. Hier werden Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-System, der Lungen, der Verdauungsorgane, des Stoffwechsels, der Drüsen, der Nieren, des Blutes und des Lymphsystems behandelt.

Wir wenden dabei modernste therapeutische Methoden und Verfahren an - wie die Aufweitung von verengten Herzkranzgefäßen oder Speiseröhren. Wir verfügen über

modernste Medizintechnik, mit der wir Herzrhythmus und Blutdruck auch per Funk aufzeichnen, Herzkatheteruntersuchungen durchführen, beim Herzinfarkt das Gefäß eröffnen und mit einer Gefäßstütze (Stent) versorgen können. Herzschrittmacher und Defibrillatoren werden implantiert und programmiert, alle inneren Organe mit Ultraschall dargestellt, die Lungenfunktion geprüft und behandelt.

Die Verdauungsorgane werden mit modernster Videotechnologie gespiegelt, es werden Blutungen gestillt und bei der operativen Endoskopie Eingriffe ohne Schnitt vorgenommen. Mit der Videokapsel und dem Doppelballon wird der Dünndarm komplett untersucht. Patienten mit schwersten Erkrankungen sind auf unserer Intensivstation bestmöglich medizinisch, pflegerisch und menschlich betreut.

Durch Spezialisten werden u.a. die Gebiete Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Onkologie, Nephrologie und Intensivmedizin abgedeckt.

Patienten mit Krebserkrankungen und Bluterkrankungen werden ambulant und stationär von unseren Spezialisten behandelt. Blut, Knochenmark und Körperflüssigkeiten werden unter dem Mikroskop direkt beurteilt. Ein computergestütztes Labor erlaubt die schnelle Untersuchung von Körperflüssigkeiten und Gewebeproben. Spezial-Ultraschalluntersuchungen ermöglichen die Beurteilung des Herzens, der Verdauungsorgane, des Brustraums und der Atemwege von innen.

Die palliativmedizinische Betreuung durch ein interdisziplinäres Team ergänzt unser Angebot. Auf Grund unserer umfangreichen und schnellen Diagnostikmöglichkeiten sind wir in der Lage, unseren Patienten sehr individuell und gezielt die für sie optimale Therapie anzubieten.

### **Prävention**

Wir behandeln nicht nur Erkrankungen, wir beugen auch einer weiteren Verschlechterung bestmöglich vor durch Beratung und Schulung zu Lebensführung, gesunder Ernährung, Bewegung, Blutdruck, Cholesterin und Nikotin.

### **Onkologie**

In der interdisziplinären onkologischen Tagesklinik und in den onkologischen Ambulanzen erfolgt die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Krebserkrankungen und Blutkrankheiten, ohne dass diese das häusliche Umfeld verlassen müssen.

Wir setzen neu entwickelte Medikamente ein und führen in Kooperation mit Fachärzten Behandlungen mit Chemotherapie und Bestrahlung durch. Unsere Therapiekonzepte stimmen wir auf die Richtlinien der interdisziplinären Tumorkonferenz ab. In der letzten Lebensphase bieten wir eine palliativmedizinische Betreuung durch ein interdisziplinäres Team an.

### **Labor**

Aus Blut, Urin und vielen anderen Körperflüssigkeiten werden mit Hilfe moderner technischer Geräte und der Erfahrung qualifizierter medizinisch-technischer Assistentinnen Werte ermittelt, die mit Normalwerten verglichen werden und für die Erkennung der Art und Schwere von Krankheiten oder deren Verlaufskontrolle unabdingbar sind. Zusätzlich erfolgt die mikroskopische Beurteilung von Blut, Knochenmark und Körperflüssigkeiten durch Fachärzte für Hämatologie und internistische Onkologie.

### **Zentrale ambulante stationäre Aufnahme**

Wenn der Verletzte oder schwer Erkrankte mit dem Rettungswagen in das Klinikum kommt, zählt oft jede Minute. Darum stehen 24 Stunden am Tag unsere Teams der ambulanten und stationären Aufnahme, der Intensivstationen und des OP bereit.

In der Unfallambulanz stehen modern ausgestattete Räume zur Verfügung, um sofort mit der Diagnostik und Therapie von Unfallopfern beginnen zu können. Wunden werden versorgt, Knochenbrüche gerichtet und gegebenenfalls Operationen vorbereitet.

Die interdisziplinäre Aufnahmestation versorgt 24 Stunden am Tag alle erkrankten Patienten, die eingeliefert werden. Ärzte aller Kliniken werden nach Bedarf zum Patienten gerufen, um in möglichst kurzer Zeit die Erkrankung zu diagnostizieren und erste therapeutische Maßnahmen einzuleiten. Von dort wird der Patient dann in die für seine Erkrankung geeignete Klinik des Hauses verlegt.

### **Diabetesberatung**

Die Zuckerkrankheit ist im Vormarsch. Folge-Erkrankungen des Diabetes betreffen unter anderem Nieren und Augen, Herz und Hirn und viele andere Organe. Unser Kompetenz-Team Diabetes hilft den Patienten beim Umgang mit der Erkrankung, zum Beispiel bei richtiger Ernährung, Tabletten- und Insulin-Einstellung. Eine Diabetes-Beraterin, ein Diabetologe, viele qualifizierte Pflegefachkräfte und Ärzte stehen in Gruppen-Schulungen und Einzelgesprächen zur Verfügung.

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie		
VC05 Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe		
VC06 Herzchirurgie: Defibrillatoreingriffe		
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Echokardiographie Rechtsherzkatheter Spiroergo-Metrie (Lungenfunktionsprüfung/Prüfung der Diffusionskapazität)
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Duplexsonographie, zusätzlich Computertomographie und Kernspintomographie in Radiologischer Praxis am Klinikum
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	incl. Behandlung von Risikofaktoren
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen des blutbildenden Systems, des Gerinnungssystems, der Lymphknoten einschließlich bösartiger Erkrankungen des Blutes, der Lymphknoten mit Chemotherapie und Antikörpertherapie, auch ambulant bzw. tagesklinisch

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Diagnostik und Therapie von Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebennieren, Knochenstoffwechsel, Osteoporose, maligne endokrinologische Erkrankungen: Diabetologie (Schulung und ambulante Behandlung), Diagnostik und Therapie des metabolischen Symbols
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Rektoskopie Manometrie
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Thorakoskopie, Thoraxsonographie, Pleuropunktion, Pleuradrainage, Pleurodese (Verklebung des Lungen- und Rippenfels), Behandlung von Pneumothorax, Pleuroerguss, Pleuraempyem (Vereiterung des Rippenfels), Pleurale Tumoren
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	Wie Hirnhautentzündung, Lungenentzündung, Tuberkulose, Infektionen des Magen-Darm-Traktes, bakteriologische, serologische Untersuchungen, sonographisch und endosonographisch geführte Punktionen und Drainagen bei Abszessen des Bauchraums, des Rippenfels und der Leber
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI27	Spezialsprechstunde	



Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI29	Behandlung von Blutvergiftung / Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	

#### **B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

#### **B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 8.893  
 Teilstationäre Fallzahl: 921  
 Anzahl Betten: 175  
 davon 9 Intensivbetten

#### **B-6.6 Diagnosen nach ICD**

##### **B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	412
2	I50	Herzschwäche	376
3	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	371
4	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	351
5	I21	Akuter Herzinfarkt	249
6	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	163
7	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	151
8	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	149
9	N17	Akutes Nierenversagen	146

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	145

### **B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

Trifft nicht zu, bzw. entfällt.

### **B-6.7 Prozeduren nach OPS**

#### **B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	2.510
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	2.469
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1.224
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.183
5	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	1.014
6	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	946
7	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	865
8	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	832
9	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	689
10	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	627

#### **B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

Trifft nicht zu, bzw. entfällt.

## **B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Sprechstunde Prof. Dr. Kentsch Spezialsprechstunden für Herzerkrankungen, Magen-Darmerkrankungen, Lungenerkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes

### **Notfallambulanz**

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

### **Vor- und nachstationäre Leistungen**

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

- Herzkatheterlabor
- Spezialsprechstunde Endoskopie
- Onkologische/Hämatologische Ambulanz
- Spezialsprechstunde Lungenerkrankungen
- Diabetologie und Ernährungsberatung

## **B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	290
2	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	235
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	130
4	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	82
5	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	50
6	5-469	Sonstige Operation am Darm	43
7	5-489	Sonstige Operation am Mastdarm (Rektum)	23
8	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	14
9	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	12
10	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	11

## **B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

## **B-6.11 Personelle Ausstattung**

### **B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	57,8
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	57,8
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	53,8
- davon ambulante Versorgungsformen	4
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	24,86
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,86
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	20,86
- davon ambulante Versorgungsformen	4

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ63 Allgemeinmedizin
AQ23 Innere Medizin
AQ25 Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26 Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27 Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ28 Innere Medizin und Kardiologie
AQ29 Innere Medizin und Nephrologie
AQ30 Innere Medizin und Pneumologie
AQ38 Laboratoriumsmedizin

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF15 Intensivmedizin
ZF22 Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25 Medikamentöse Tumorthherapie
ZF28 Notfallmedizin
ZF30 Palliativmedizin
ZF39 Schlafmedizin

### **B-6.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen</b>	<b>138,04</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	137,29	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,75	
- davon stationäre Versorgung	132,76	
- davon ambulante Versorgungsformen	5,28	
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen</b>	<b>0,4</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,4	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,4	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Altenpfleger/ -innen</b>	<b>1,31</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,31	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	1,31	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistenten/ -assistentinnen</b>	<b>3,78</b>	<b>2 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,78	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	3,78	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelfer/ -innen</b>	<b>2,5</b>	<b>1 Jahr</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2,5	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ -innen</b>	<b>2,65</b>	<b>ab 200 Std. Basiskurs</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,65	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	2,65	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	<b>0</b>	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	<b>0</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	<b>22,79</b>	<b>3 Jahre</b>
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,79	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	20,04	
- davon ambulante Versorgungsformen	2,75	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ01 Bachelor

PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege

PQ04 Intensiv- und Anästhesiepflege

PQ05 Leitung einer Station / eines Bereiches

PQ06 Master

PQ12 Notfallpflege

PQ18 Pflege in der Endoskopie

PQ07 Pflege in der Onkologie

PQ20 Praxisanleitung

## **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr. Zusatzqualifikationen

ZP22 Atmungstherapie

ZP02 Bobath

ZP03 Diabetesberatung (DDG)

ZP04 Endoskopie / Funktionsdiagnostik

ZP08 Kinästhetik

ZP20 Palliative Care

ZP31 Pflegeexperte Neurologie

ZP16 Wundmanagement

## **B-7 Klinik für Neurologie**

### **B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Neurologie  
Schlüssel: Neurologie (2800)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 5101  
Telefax: 04281 / 772 - 5109  
E-Mail: [neurologie@kh-itzehoe.de](mailto:neurologie@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Prof. Dr. med. Andreas Thie  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 5101  
E-Mail: [a.thie@kh-itzehoe.de](mailto:a.thie@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

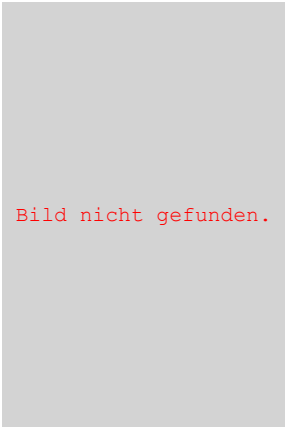


Bild nicht gefunden.

### **B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Klinik für Neurologie! Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet!

Unsere Klinik für Neurologie hat überregionale Bedeutung. Wir behandeln alle organischen Erkrankungen der Nerven und der Muskulatur. Dazu zählen insbesondere die akuten Erkrankungen des Nervensystems wie Durchblutungsstörungen des Gehirns (Schlaganfälle), entzündliche Erkrankungen (multiple Sklerose, Meningitis, Borreliose), Tumore, Anfallserkrankungen (Epilepsie), Bewegungsstörungen (Parkinson), Bandscheibenerkrankungen, Erkrankungen des peripheren Nervensystems (z.B. Polyneuropathie) und der Muskulatur sowie Schwindel und Kopf- oder Rückenschmerzen.



Ultraschalluntersuchungen der Hirngefäße, der Muskeln und Nerven, Messungen der Hirnströme (EEG), der Nervenleitung und der elektrischen Muskelaktivität (EMG, NLG, evozierte Potentiale) sowie Nervenwasseruntersuchungen gehören zu unserem diagnostischen Repertoire. In Zusammenarbeit mit der Radiologischen Praxisgemeinschaft im Hause werden modernste Bildgebungsverfahren wie Kernspintomographie, Computertomographie und digitale Subtraktionsangiographie durchgeführt. Neben der medikamentösen Behandlung spielen in unserer Klinik auch die Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie (Sprachtherapie) eine bedeutende Rolle.

Bereits in unserer Notaufnahmestation werden u.a. Patienten mit Schlaganfällen interdisziplinär untersucht, das heißt, Neurologen und Internisten kümmern sich gemeinsam um die Sofortversorgung. Auf der Schlaganfall-Spezialstation - Stroke Unit - findet in den ersten Tagen die gezielte Behandlung statt, welche aufgetretene Schäden reduziert und die Rehabilitation beschleunigt. Hier ist besonders die sog. Lysetherapie (zur Auflösung von Blutgerinnseln) zu erwähnen. In ausgewählten Fällen erfolgt die mechanische Gerinnselenfernung (Thrombektomie) in Kooperation mit der Neuroradiologie des UK Eppendorf Hamburg, entweder in Itzehoe oder in Hamburg.

Weitere und detailliertere Informationen zum Leistungsspektrum der Klinik finden Sie auf unserer Homepage: [www.klinikum-itzehoe.de](http://www.klinikum-itzehoe.de)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	Zertifizierte Stroke Unit mit 6 Monitorbetten
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN15 Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16 Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17 Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18 Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19 Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20 Spezialsprechstunde	Für Multiple Sklerose, Epilepsie und neuromuskuläre Erkrankungen.
VN21 Neurologische Frührehabilitation	In Zusammenarbeit mit der Klinik für Geriatrie, Akutgeriatrie, Frührehabilitation und Tagesklinik
VN23 Schmerztherapie	
VN24 Stroke Unit	

#### **B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

#### **B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 2.309

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 45

davon 6 Betten Schlaganfall-Intensiveinheit (Stroke Unit)

#### **B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	307
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	161
3	M54	Rückenschmerzen	150
4	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	146
5	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	132
6	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	66
7	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	54
8	E86	Flüssigkeitsmangel	50
9	R51	Kopfschmerz	42
10	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	41

In dieser Darstellung können nur Diagnosen der behandelten Fälle angegeben werden, die direkt aus der Klinik für Neurologie entlassen wurden. Das Leistungsspektrum der Klinik für Neurologie wird somit in dieser Übersicht nur eingeschränkt wiedergegeben. So werden viele neurologische Patienten in der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation weiter behandelt, z. B. nach Schlaganfällen.

Im Jahr 2018 wurden in der Klinik für Neurologie 630 Patienten mit der Diagnose Schlaganfall und 72 Patienten mit der Diagnose Morbus Parkinson behandelt.

## **B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	924
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	913
3	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	532
4	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	445
5	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	414
6	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	279
7	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	254
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	226
9	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	207
10	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	201

In dieser Darstellung können nur Prozeduren der behandelten Fälle angegeben werden, die direkt aus der Klinik für Neurologie entlassen wurden. Das Leistungsspektrum der Klinik für Neurologie wird somit in dieser Übersicht nur eingeschränkt wiedergegeben.

Im Jahr 2018 wurden in der Klinik für Neurologie folgende Prozeduren durchgeführt:

- 1678 Ultraschalluntersuchungen
- 1937 Messungen der Gehirnströme - EEG
- 1213 Messungen der Gehirnströme, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)
- 1728 Messungen der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG - und der Nervenleitgeschwindigkeiten
- 262 Demenztests

## **B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
Erläuterung: Sprechstunde Prof. Dr. Thie

### **MS-Ambulanz**

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V  
Erläuterung: Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

### **Epilepsie-Ambulanz (ab 2011)**

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

## **Ambulanz für neuromuskuläre Erkrankungen (ab 2011)**

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach §  
116b SGB V

## **B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

## **B-7.11 Personelle Ausstattung**

### **B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	14,65
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,65
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	13,75
- davon ambulante Versorgungsformen	0,9
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	9,65
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,65
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	8,75
- davon ambulante Versorgungsformen	0,9

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ42 Neurologie
AQ51 Psychiatrie und Psychotherapie

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF15 Intensivmedizin	Fakultative Weiterbildung neurologische Intensivmedizin
ZF24 Manuelle Medizin / Chirotherapie	
ZF36 Psychotherapie – fachgebunden –	

### **B-7.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	23,31	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	23,31	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	23,31	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen</b>	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Altenpfleger/ -innen</b>	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistenten/ -assistentinnen</b>	0	2 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelfer/ -innen</b>	0	1 Jahr
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ -innen</b>	1,5	ab 200 Std. Basiskurs
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	1,5	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

---

PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege

---

PQ05 Leitung einer Station / eines Bereiches

---

PQ20 Praxisanleitung



## **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP29	Stroke Unit Care

### **B-7.11.3      Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

## **B-8 Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**

### **B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie  
Schlüssel: Unfallchirurgie (1600)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 2101  
Telefax: 04281 / 772 - 2109  
E-Mail: [m.kappus@kh-itzehoe.de](mailto:m.kappus@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Dr. med. Michael Kappus  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2101  
E-Mail: [m.kappus@kh-itzehoe.de](mailto:m.kappus@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

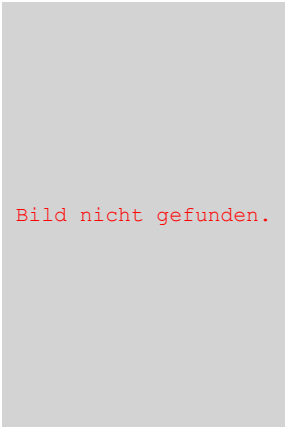


Bild nicht gefunden.

### **B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie. Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

#### **Unser Spektrum**

Wir bieten das gesamte Spektrum der unfallchirurgischen und orthopädischen Chirurgie an, das von der Behandlung einfacher Verletzungen wie Prellungen und Distorsionen, der Behandlung von Gelenkverschleiß und Sportverletzungen bis zur Versorgung lebensbedrohlicher Verletzungen reicht.

Für die Diagnostik steht eine moderne Unfallambulanz ebenso zur Verfügung wie moderne Sonographiegeräte und natürlich eine gründliche ärztliche Untersuchung. Die

Ausstattung der an das Klinikum angeschlossenen Röntgenpraxis mit Computertomograph (64-Zeiler) und Magnetresonanztomographiegeräten garantiert eine schnelle apparative zeitnahe Diagnostik. (MRT)

Es stehen umfangreiche Materialien für eine hoch qualifizierte Behandlung von Unfallverletzungen und orthopädischen Erkrankungen rund um die Uhr bereit, wie z.B. Platten ,Nägel, Schrauben verschiedenster Ausführung, Endoprothesen von Knie, Hüfte und Schulter , Kochenersatzwerkstoffe.

Die Klinik ist zertifiziertes Traumazentrum, Endoprothetik-Zentrum und Wirbelsäulenzentrum.

Die Spezialisierung schreitet fort und die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie beschäftigt daher auch einen leitenden Arzt für Handchirurgie, der von allen Formen der Verletzung der Hand bis zu degenerativen, orthopädischen Erkrankungen das gesamte Spektrum der Handchirurgie abdeckt.

Der leitende Arzt für Neurochirurgie ergänzt die Behandlung der Erkrankung der Wirbelsäule in großem Umfang. Als Facharzt für Neurochirurgie verfügt er über eine besondere Expertise in der mikrochirurgischen, mikroskopisch gesteuerten Operation der Wirbelsäule. Gemeinsam werden auch schwere traumatische Verletzungen der Wirbelsäule in der Klinik versorgt.

Die leitende Ärztin für Fußchirurgie ist spezialisiert auf Deformierungen und Fehlstellungen der Füße. Schäden durch Diabetes und Folgeschäden durch Unfälle werden durch sie behandelt.

Eine weitere Verstärkung des Teams ist ein Plastischer Chirurg. Die plastische Chirurgie hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht in der Möglichkeit der Defektdeckung traumatischer Schäden aber auch ausgedehnter Weichteilschäden zum Beispiel durch Tumorerkrankungen. Die plastische Chirurgie versorgt zahlreiche Patienten auch anderer Kliniken des Hauses, wie der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, der Klinik für Allgemeine- Gefäß- und Viszeralchirurgie und der medizinischen Klinik.

### **Unfallchirurgie und Orthopädie**

- Versorgung lebensbedrohlich verletzter Patienten (Polytrauma)
- Versorgung mehrfach verletzter Patienten
- Konservative und operative Behandlung von Becken- und Wirbelsäulenverletzungen
- Operative Versorgung von Extremitätenverletzungen
- Behandlung kindlicher Frakturen
- Behandlung von Sehnen- und Muskelverletzungen
- Handchirurgie
- Fußchirurgie
- Korrekturingriffe bei Fehlstellungen und Verschleiß
- Endoprothetik von Hüfte , Knie- und Schultergelenk
- Gelenkspiegelung und Knorpelchirurgie aller großen Gelenke
- Behandlung von Gelenk-, Weichteil- und Knocheninfektionen
- Erkrankungen der Bandscheibe und degenerative Erweiterungen der Wirbelsäule

### **Gelenkchirurgie**

- Kreuzbandchirurgie
- Knorpel-Knochen-Transplantation
- Arthroskopie der grossen Gelenke (Knie, Schulter, Ellengelenk, Sprunggelenk, Handgelenk)
- Umstellungsosteotomie bei fehlbelasteten Gelenken
- Gelenkersatz/ Endoprothetik (Schulter, Hüfte, Knie)

Die Gelenkspiegelung (Arthroskopie) aller großen Gelenke ist einer der häufigsten Eingriffe.

Ist das Gelenk vollständig zerstört, bieten wir die modernen Gelenkersatzoperationen an für Hüfte, Knie und Schultergelenk. Auch Wechseloperationen bei gelockerten Prothesen werden durchgeführt.

Rund um die Uhr stehen Fachärzte für Unfallchirurgie für die Versorgung von Notfällen zur Verfügung.

### **Wirbelsäulenerkrankungen und -verletzungen**

- Konservative und operative Wirbelbruchbehandlung
- Mikrochirurgische und Minimalinvasive Operationstechniken
- Operation von Bandscheibenerkrankungen, Wirbelkanalstenosen und Verschleißerkrankungen
- Behandlung chronischer bzw. chronifizierter Schmerzsyndrome an der Wirbelsäule

### **Handchirurgie**

- konservative und operative Behandlung von allen Formen der Handverletzung
- mikrochirurgische und minimal invasive Operationstechniken
- operative und konservative Behandlungen von degenerativen Erkrankungen der Hand, Knochentumoren und zum Beispiel Nervenengpasssyndromen.

### **Plastische Chirurgie**

- Wiederherstellung und Rekonstruktion von ausgedehnten, traumatischen Weichteilschäden
- mikrochirurgische Operationstechniken mit zum Beispiel freier Lappenplastik
- Rekonstruktion von Weichgewebsschäden nach Tumorerkrankungen und Weichgewebsverlust
- Rekonstruktion der weiblichen Brust
- Rekonstruktion von Narbenbildungen zum Beispiel nach Tumorentfernung im Gesicht und am Körperstamm oder nach Verbrennungen
- Ästhetische Eingriffe

### **Fußchirurgie**

- Konservative und operative Behandlung von Fußfehlstellungen und -Deformierungen
- Verletzungen und deren Folgen an Knochen und Weichteilen des Fußes
- diabetisches Fußsyndrom

### **Unfallambulanz**

In unseren modern ausgestatteten Behandlungs- und Operationsräumen können erforderliche Wundversorgungen und Eingriffe fachgerecht, unter optimalen technischen und hygienischen Bedingungen durchgeführt werden. Die weitergehende Röntgendiagnostik erfolgt über die im Haus befindlichen Radiologischen Praxen. Die dort angefertigten Röntgenaufnahmen stehen dem behandelnden Arzt online zur Verfügung und können somit umgehend digital bearbeitet und befundet werden.

Wir verfügen in unserer Klinik über die Ermächtigung zur Teilnahme am D-Arztverfahren. Darüber hinaus werden auch schwere Arbeitsunfälle nach dem sog. Verletzungsartenverzeichnis von uns behandelt, da wir auch hier die hohen, von den Berufsgenossenschaften gestellten Anforderungen erfüllen.

### **Physikalische Therapie**

Die Physiotherapeuten/Krankengymnasten und Masseur behandeln Sie nach Anordnung Ihres Arztes. Unsere Therapien sind auf Ihre Krankheit abgestimmt. Die Therapeuten behandeln Sie an Ihrem Bett oder in der Abteilung für Physikalische Therapie im 1. Untergeschoss.

Wir bieten Ihnen ein großes Spektrum an physiotherapeutischen Einzel- oder Gruppenbehandlungen auch im hauseigenen Bewegungsbad. Dazu gibt es Atemtherapien, Schlingentischbehandlungen und Trainingstherapie. Die Masseur und medizinischen Bademeister behandeln mit klassischen Massagen, manueller Lymphdrainage, Fußreflexzonentherapie, Akupunktmassagen sowie Stangerbad, Unterwassermassagen, Zusatzbädern und Güssen. Alle Therapeuten nutzen ergänzend Eis- oder Wärmetherapien.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen	in der Regel ambulant
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen / Plastiken	
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren / Endoprothetik	Knie, Hüfte, Schulter inklusive Wechsel-OP bei Infekt
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie	
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC36 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie	
VC64 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie / Plastische Chirurgie	
VC65 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	
VC69 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie	
VO15 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie	
VO16 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie	
VO19 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie	
VO20 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin / Sporttraumatologie	
VC45 Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	
VC48 Neurochirurgie: Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49 Neurochirurgie: Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50 Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51 Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC52 Neurochirurgie: Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")	
VC53 Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC65 Neurochirurgie: Wirbelsäulen Chirurgie	
VC56 Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC57 Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58 Allgemein: Spezialsprechstunde	
VC66 Allgemein: Arthroskopische Operationen	
VC67 Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	
VC71 Allgemein: Notfallmedizin	
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	
VO01 Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02 Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03 Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04 Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07 Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09 Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10 Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11 Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12 Kinderorthopädie	
VO13 Spezialsprechstunde	
VO14 Endoprothetik	
VO15 Fußchirurgie	
VO16 Handchirurgie	
VO17 Rheumachirurgie	
VO18 Schmerztherapie / Multimodale Schmerztherapie	
VO19 Schulterchirurgie	
VO20 Sportmedizin / Sporttraumatologie	
VO21 Traumatologie	
VC26 Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65 Wirbelsäulen Chirurgie	
VC66 Arthroskopische Operationen	

## **B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

## **B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 3.402

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 71

## **B-8.6 Diagnosen nach ICD**

### **B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	206
2	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	186
3 – 1	S52	Knochenbruch des Unterarmes	179
3 – 2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	179
5	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	166
6	S06	Verletzung des Schädelinneren	141
7	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	133
8	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	121
9	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	119
10	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	117

### **B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen**

Trifft nicht zu, bzw. entfällt.

## **B-8.7 Prozeduren nach OPS**

### **B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-561	Funktionsorientierte körperliche Übungen und Anwendungen	703
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	608
3	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	486
4	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	310
5	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	305
6	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	303



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	260
8	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	212
9	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	199
10	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	172

### **B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren**

Trifft nicht zu, bzw. entfällt.

## **B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz  
Erläuterung: Sprechstunde Herr Dr. Kappus

### **D-Arzt-Ambulanz**

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

### **Unfallambulanz**

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

### **Ambulanz für vor- und nachstationäre Leistungen**

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V  
Weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

- Indikationssprechstunde Wirbelsäule - Privat und auf Zuweisung
- Indikationssprechstunde Unfallchirurgie und Orthopädie - mit Zuweisung durch Haus- und Fachärzte
- Indikationssprechstunde Handchirurgie
- Indikationssprechstunde plastische Chirurgie
- Indikationssprechstunde Fußchirurgie

## **B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	265
2	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	68
3	5-841	Operation an den Bändern der Hand	55
4	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	39
5	5-849	Sonstige Operation an der Hand	28
6	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	27
7	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	24
8 – 1	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	19
8 – 2	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	19
10	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	16

## **B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

stationäre BG-Zulassung

## **B-8.11 Personelle Ausstattung**

### **B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	21,18
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,18
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	17,18
- davon ambulante Versorgungsformen	4
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	12,18
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,18
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	11,18
- davon ambulante Versorgungsformen	1

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ06 Allgemeinchirurgie
AQ41 Neurochirurgie
AQ10 Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ11 Plastische und Ästhetische Chirurgie

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF01 Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF12 Handchirurgie
ZF28 Notfallmedizin
ZF38 Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF43 Spezielle Unfallchirurgie

### **B-8.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	34,95	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	34,95	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	24,17	
- davon ambulante Versorgungsformen	10,78	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Altenpfleger/ –innen	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistenten/ –assistentinnen	2,79	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelfer/ –innen	0,5	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	0,15	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen / Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen / Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistenz	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	4	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	2	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse

PQ21 Casemanagement

PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege

PQ05 Leitung einer Station / eines Bereiches

PQ20 Praxisanleitung

## **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP24	Deeskalationstraining
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP19	Sturzmanagement

## **B-9 Klinik für Urologie und Kinderurologie**

### **B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Klinik für Urologie und Kinderurologie  
Schlüssel: Urologie (2200)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 2601  
Telefax: 04281 / 772 - 2609  
E-Mail: [w.hoepfner@kh-itzehoe.de](mailto:w.hoepfner@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Dr. med. Wolfgang Höppner  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2601  
E-Mail: [w.hoepfner@kh-itzehoe.de](mailto:w.hoepfner@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

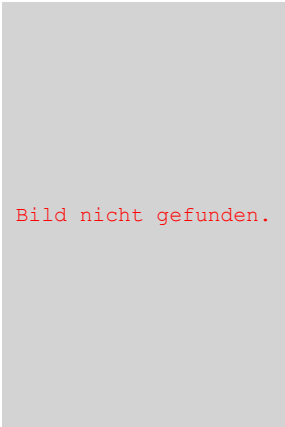


Bild nicht gefunden.

### **B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Klinik für Urologie und Kinderurologie. Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

#### **Allgemeines**

Jährlich werden in unserer Klinik über 2.700 Patienten aller Altersgruppen beiden Geschlechts mit Erkrankungen der Harnwege und des männlichen äußeren Genitals stationär behandelt. Zusätzlich führen wir über 250 Eingriffe ambulant durch, insbesondere bei Kindern. Weitere 2500 Patienten wurden ambulant behandelt. Tendenz steigend. Zwölf Ärzte arbeiten z. Z. in der Klinik, ein Facharzt ist rund um die Uhr im Hause. Es besteht die volle Ausbildungsberechtigung zum Facharzt für Urologie und für

die Zusatzbezeichnungen Medizinische Tumortherapie, Andrologie und fachspezifisches Röntgen.

Unsere Klinik ist durch eine eigene Endoskopie mit TUR/TURiS, 2 Röntgen-Arbeitsplätzen, Urodynamik, Ultraschall, RVS-Fusionsbiopsie, stationäre Stoßwellenlithotripsie, Photodynamik (PDD) und Laser auf dem technisch neuesten Stand.

Operativ werden zwar mehr und mehr minimal-invasive und endoskopische, aber auch nach wie vor große offene Verfahren eingesetzt.

Einen großen Rahmen nimmt die Tumorbehandlung ein. Hier arbeiten wir operativ nach dem Motto: „Soviel entfernen wie nötig und so wenig wie möglich“, anders ausgedrückt: Die organerhaltende Tumorchirurgie hat in unserer Klinik einen hohen Stellenwert. Auch die zytostatische Chemotherapie bei Tumoren erfolgt in unserer Abteilung, wenn möglich, ambulant in der Tagesklinik.

Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Kinderklinik, den übrigen Kliniken des Hauses sowie den Radiologischen Praxen.

Im breiten Behandlungsspektrum haben sich folgende Schwerpunkte ergeben:

- Operative Therapie von Harnblasen- und Nierentumoren (incl. Laparoskopie)
- Therapie gutartiger und bösartiger Prostataleiden
- Medizinische Tumortherapie
- Behandlung von Steinerkrankungen
- Untersuchungen und Behandlung bei Inkontinenz
- Kinderurologie

### **Spezielle Therapieverfahren**

- HIFU: Behandlung des örtlich begrenzten Prostatakrebses mit fokussiertem Ultraschall (Prostataerkrankungen)
- Holmium-Laser-Therapie der Prostata (HoLEP)
- Behandlung der männlichen Inkontinenz durch adjustierbare Harnröhrenbändchen, Nachjustierbare Ballone oder artifizielle Sphinkter.
- Ersatz der Harnblase bei Krebs durch Dünndarm
- Miniaturisierte perkutane Nierenchirurgie (MIP)
- Harnsteintherapie mit Laser (Steinbehandlung)
- Zahlreiche ambulante Operationen bei Kindern (Kinderurologie)
- Hochspezialisiertes Prostata-Biopsie-Verfahren (RVS)

### **Hochspezialisierte Prostatakarzinom-Diagnostik**

Die Prostatabiopsie ist die einzig sichere Methode zum Nachweis eines Prostatakarzinoms. Wenn die übliche transrektale 12-fach Biopsie kein Karzinom detektiert und dennoch der klinische Verdacht auf das Vorhandensein eines Karzinoms weiter besteht (z.B. durch weiter ansteigenden PSA-Blutwert), dann kann eine neue, hochspezialisierte Technik zum Einsatz kommen, die wir als eine der ersten Kliniken in Deutschland etabliert haben.

Hierbei wird die Ultraschalldiagnostik mit einem multiparametrischen MR (Kernspintomographie) kombiniert und fusioniert. Zudem kann mit einem speziellen Instrumentarium auch perineal (durch den Darm) biopsiert werden. Mit diesem



skizzierten Verfahren können relevante Prostatakarzinomherde noch zuverlässiger detektiert werden als bisher.

### **Behandlung durch Hochfokussierten Ultraschall (HIFU)**

HIFU ist ein relativ neues Verfahren zur Therapie des örtlich begrenzten Prostatakrebses. HIFU ist minimal-invasiv, d. h. relativ wenig belastend. In einer zunehmenden Zahl von urologischen Zentren in Deutschland wird HIFU zur Therapie des Prostatakarzinoms eingesetzt. Als nördlichstem Standort ist die Urologie des Klinikums Itzehoe in der Lage, diese Behandlungsmethode als Ergänzung zu älteren Therapieverfahren anzubieten. Inzwischen verfügen wir über eine 10-jährige Erfahrung.

Die Behandlung ist jetzt für jeden Patienten ohne besondere Zuzahlung möglich.

Das Prinzip der HIFU-Ultraschallbestrahlung ist: was mit Ultraschall erkannt und dargestellt werden kann, kann auch mit derselben Methode behandelt werden.

Wie bei der Ultraschalluntersuchung der Prostata (TRUS) erfolgt auch die Behandlung über den Enddarm. Dazu liegt der Patient in Narkose auf der rechten Seite. Hunderte kleiner Ultraschallbestrahlungen werden gezielt in Prostata und Tumor appliziert (s. o.).

Die Behandlung umfasst nur eine Sitzung, bei größeren Organen ist einige Wochen vorher eine Ausschälung der Prostata (TUR Prostata) notwendig. Dafür gibt es zwei Gründe: Zum Einen kann bei großen Organen nicht mehr jeder Bezirk der Prostata mit dem Ultraschallstrahl erreicht werden, und zum anderen vermeidet man durch die vorherige TUR Prostata etwaige Störungen des Wasserlassens in den Tagen nach der Behandlung.

HIFU eignet sich auch zur lokalen Therapie. Diese ist ein Thema der Zukunft. Dabei werden - wenn man eine spezielle Diagnostik einsetzen kann (siehe oben) - nur die Areale der Prostata behandelt, in denen ein aggressiver Krebs sitzt. Dies würde dann einen günstigeren Einfluss auf Erhalt von Erektion und Ejakulation haben.

### **Holmium-Laser-Therapie beim Prostataadenom (HoLEP)**

"Gold Standard" in der operativen Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung ist die TUR Prostata, für die in der Klinik eine besonders hohe Expertise besteht.

Lasereinsatz macht noch schonendere Behandlung von Prostatavergrößerungen möglich. In der Urologie des Klinikum Itzehoe steht nun ein Hochleistungs-Lasergerät zur minimal-invasiven Laserbehandlung bei gutartigen Prostataerkrankungen zur Verfügung. Hiermit kann das störende Prostatagewebe durch moderne Technik enukleiert werden.

Die Verdampfung des Prostatagewebes wird bei uns weiterhin durch ein neues Verfahren (Elektrovaporisation in Kochsalzlösung) durchgeführt.

### **Kinderurologie**

Kinderurologie - was beinhaltet dieses medizinische Spezialgebiet?

Kinderurologie hat überwiegend mit angeborenen Fehlförmigkeiten und Fehlfunktionen der Nieren und Harnleiter, der Blase und der Harnröhre zu tun.

Im Klinikum Itzehoe wird die Betreuung und Behandlung auf diesem anspruchsvollen Gebiet durch eine enge Zusammenarbeit von Kinderklinik, Anästhesie und Urologie beispielgebend umgesetzt.

Die meisten kinderurologischen Eingriffe werden im Klinikum Itzehoe ambulant durchgeführt. Selbstverständlich steht das Klinikum für kindliche Notfälle rund um die Uhr bereit.

Wir bemühen uns im Klinikum Itzehoe, auch und gerade die Kinder bestmöglich und auf hohem medizinisch Niveau kinderurologisch zu behandeln. Eingriffe werden, wenn irgend möglich, ambulant durchgeführt. Wir sehen immer auch die Einbindung an die Familie,

deshalb das Angebot des „rooming in“ und die Möglichkeit, das Kind - wenn es stationär bleiben muss - zu nahezu jeder Tages- und Nachtzeit besuchen zu können.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie	Kommentar / Erläuterung
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	bei obstruktiven Ursachen der Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU19	Urodynamik / Urologische Funktionsdiagnostik	

#### **B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

#### **B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 2.491  
 Teilstationäre Fallzahl: 66  
 Anzahl Betten: 40

#### **B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	515
2	C61	Prostatakrebs	288
3	C67	Harnblasenkrebs	242
4	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	221
5	N30	Entzündung der Harnblase	132
6	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	124
7	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	106
8	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	96
9	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	47

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	45

### **B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	1.135
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	751
3	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	628
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	332
5	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	221
6	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	196
7	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	156
8	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	148
9	1-693	Untersuchung der Harnwege durch eine Spiegelung, die über einen operativen Einschnitt oder während einer Operation erfolgt	134
10	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	131

### **B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

#### **Sprechstunde für Privatpatienten**

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Sprechstunde Dr. Höppner

Weitere ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

- Operative Kinderurologische Sprechstunde - Sprechstunde Dr. Heise / Dr. Höppner
- Zweitmeinungssprechstunde bei urologischen Tumoren - Sprechstunde Dr. Heise, Dr. Meinke, Dr. Höppner, Dr. Grote
- Uroonkologische Sprechstunde - Sprechstunde Dr. Heise, Dr. Becker
- Interdisziplinäre Inkontinenzsprechstunden - Sprechstunde Dr. Becker
- Endo-Urologische-Ermächtigungssprechstunde - Sprechstunde Dr. Meinke, Dr. Heiser

## **B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	123
2	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	30
3	5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	8
4	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	7
5	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	4
6 – 1	3-992	Anwendung bildgebender Verfahren während einer Operation	< 4
6 – 2	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	< 4
6 – 3	5-633	Operative Entfernung des Nebenhodens	< 4
6 – 4	5-612	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodensackes	< 4
6 – 5	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4

## **B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

## **B-9.11 Personelle Ausstattung**

### **B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,2
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,2
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,2
– davon ambulante Versorgungsformen	3
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	7,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,6
– davon ambulante Versorgungsformen	2

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
	AQ60 Urologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr. Zusatz-Weiterbildung		
ZF04 Andrologie		
ZF25 Medikamentöse Tumorthapie		
ZF28 Notfallmedizin		
ZF38 Röntgendiagnostik – fachgebunden –		
<b>B-9.11.2 Pflegepersonal</b>		
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:	38,5 Stunden	
	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	9,11	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	9,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpfleger/ –innen	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistenten/ –assistentinnen	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelfer/ –innen	0,5	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Hebammen / Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Beleghebammen / Belegentbindungspfleger	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Operationstechnische Assistenz	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ15 Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18 Pflege in der Endoskopie
PQ08 Pflege im Operationsdienst
PQ20 Praxisanleitung

### **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr. Zusatzqualifikationen
ZP01 Basale Stimulation
ZP02 Bobath
ZP18 Dekubitusmanagement
ZP05 Entlassungsmanagement
ZP08 Kinästhetik
ZP09 Kontinenzmanagement
ZP13 Qualitätsmanagement
ZP14 Schmerzmanagement
ZP19 Sturzmanagement

## **B-10 Zentrum für Psychosoziale Medizin**

### **B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Name: Zentrum für Psychosoziale Medizin  
Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie (2900)  
Art: Hauptabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 2801  
Telefax: 04281 / 772 - 2809  
E-Mail: [psychiatrie@kh-itzehoe.de](mailto:psychiatrie@kh-itzehoe.de)

### **Chefärzte**

Name: Prof. Dr. med. Arno Deister  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 04821 / 772 - 2801  
E-Mail: [a.deister@kh-itzehoe.de](mailto:a.deister@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

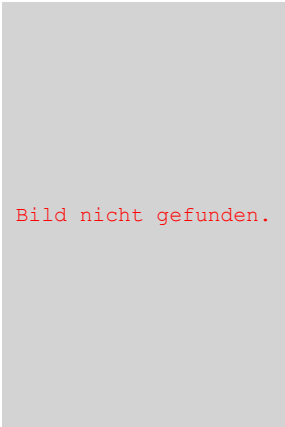


Bild nicht gefunden.

### **B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe können alle Personen behandelt werden, die wegen einer psychischen oder psychosomatischen Problematik bzw. Erkrankung (einschließlich einer Suchterkrankung) therapeutische Hilfe brauchen. Wir sind bei akuten Erkrankungen und Notfällen Tag und Nacht erreichbar. Wir bieten das gesamte Spektrum diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen aus dem Bereich der Psychiatrie, der Psychotherapie und der Psychosomatik an. Zur diagnostischen Abklärung und evtl. auch zur Therapie stehen auch die spezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der anderen Kliniken des Klinikums Itzehoe zur Verfügung.

Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen die Patienten und deren Angehörige. Es ist uns bewusst, dass die Behandlung in einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Klinik mit mehr Fragen, Unsicherheit und oft auch mit Angst verbunden ist, als z.B. eine

internistische oder chirurgische Behandlung. Wir versuchen deshalb, durch vielfältige Informationen Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber Patienten mit psychischen Erkrankungen abzubauen.

Diagnostik und Therapie unserer Klinik erfolgen in so genannten Multiprofessionellen Behandlungsteams. Das bedeutet, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den unterschiedlichen Berufsgruppen eng zum Wohl unserer Patienten zusammenarbeiten. Zu den Teams gehören Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege, Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten sowie Musik- und Bewegungstherapeuten.

Die Behandlungsteams können Patientinnen und Patienten nach individueller Notwendigkeit sowohl im stationären Bereich als auch im tagesklinischen und ambulanten Bereich behandeln. Dadurch ist es möglich, dass die therapeutischen Bezugspersonen über einen langen Zeitraum zur Verfügung stehen.

Eine Aufnahme in stationäre Behandlung erfolgt in der Regel nach Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt, dem Psychiater bzw. Nervenarzt oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes.

Das Zentrum für Psychosoziale Medizin arbeitet unter anderem mit folgenden Einrichtungen im Kreis Steinburg eng zusammen:

- Gesundheitsamt des Kreises Steinburg
- Psychiatrisches Centrum Glückstadt
- Niedergelassene Psychiater und Nervenärzte im Kreis Steinburg
- Brücke Schleswig-Holstein im Kreis Steinburg
- Norddeutsche Gesellschaft für Diakonie (ngd)

Die Klinik ist Mitglied im Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie des Kreises Steinburg sowie im Gemeindepsychiatrischen Verbund Steinburg.

Im Rahmen des für unsere Region geltenden Regionalen Psychriebudgets führen wir umfangreiche Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung durch.

### **Behandlung von Menschen in Krisensituationen und mit besonderem Pflegebedarf**

Patienten in akuten Krisensituationen werden häufig zunächst im psychiatrischen Akutbereich (Station 39) behandelt. Dort werden auch diejenigen Patienten betreut, die auf Grund ihrer seelischen Krankheit eine besonders intensive Behandlung benötigen. Für den Kreis Steinburg erfüllt der Akutbereich die Aufgabe, alle Menschen, die im Rahmen psychiatrischer Notfälle stationär behandelt werden müssen, aufzunehmen. Um diese Aufgaben bewältigen zu können, erfüllen die Stationen entsprechende personelle und bauliche Voraussetzungen. In unserem Akutbereich können insgesamt 32 Patientinnen und Patienten behandelt werden. Die Unterbringung erfolgt nach dem jeweiligen Behandlungs- und Pflegebedarf.

Folgende Erkrankungen behandeln wir im psychiatrischen Akutbereich: Akute psychotische Erkrankungen (zum Beispiel schizophrene Psychosen), schwere depressive Störungen, Erkrankungen mit Suizidgefährdung, Verwirrheitszustände, psychische Erkrankungen mit schweren körperlichen Begleiterkrankungen, Suchterkrankungen (vor allem Alkoholabhängigkeit) in der Entgiftungsphase, Erkrankungen mit erhöhtem Pflegebedarf

### **Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen**

Im Zentrum für Psychosoziale Medizin behandeln wir alle Patientinnen und Patienten, die an einer psychotischen Erkrankung leiden. Unter dem Begriff "Psychose" werden Krankheitsbilder zusammengefasst, die alle Bereiche des seelischen Erlebens erfassen können. Dazu gehören Veränderungen der Gefühlswelt (oft starke Ängste), des Denkens und des Sprechens, aber auch Verzerrungen in der Wahrnehmung der Realität wie



Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Zu diesen Krankheitsbildern gehören die schizophrenen Störungen, schizoaffektive Erkrankungen und auch einige Formen von manischen Erkrankungen.

Das Behandlungsteam der Station 32 ist ganz auf die Behandlung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen spezialisiert. Dort werden Patienten sowohl stationär (24 Stunden im Krankenhaus) und tagesklinisch (tagsüber im Krankenhaus, abends und an den Wochenenden zuhause) als auch ambulant (der Patient kommt zu einzelnen Behandlungsterminen zu uns) behandelt. Bei der Entscheidung, welche Form der Behandlung zum jeweiligen Zeitpunkt die richtige ist, orientieren wir uns an den aktuellen Bedürfnissen des Betroffenen (bedürfnisangepasste Behandlung). Beim Wechsel von einer Behandlungsform in die andere bleibt dasselbe Behandlungsteam zuständig - auch wenn es zu einer erneuten Behandlungsphase kommt.

### **Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen und Angsterkrankungen**

Patienten mit depressiven Störungen, Angsterkrankungen und Anpassungsstörungen werden durch das Behandlungsteam für Menschen mit affektiven Störungen (Station 29) in Itzehoe und in der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Glückstadt behandelt.

Der Begriff "Depression" beschreibt einen Zustand seelischer Bedrücktheit und oft auch körperlichen Leidens, der den gesamten Organismus und alle Lebensbereiche umfassen kann. Körperliches Wohlbefinden, Gefühlswelt, Lebenswille und Arbeitskraft sind gleichermaßen von den Folgen depressiver Erkrankungen betroffen. Bedrücktheit und Stimmungstief sind zwar normaler Bestandteil unseres Lebens und den meisten von uns aus eigener Erfahrung bekannt. Mit einer krankhaften Depression haben solche Zustände jedoch nichts zu tun. Erst wenn solche Stimmungstiefs länger anhalten, immer häufiger auftreten und das gesamte Verhalten beherrschen, deutet dies auf das Vorliegen einer krankhaften Depression hin.

Das Behandlungsteam der Station 29 ist auf die Behandlung von Patienten mit affektiven Störungen spezialisiert. Dort werden Patienten sowohl stationär (24 Stunden im Krankenhaus) und tagesklinisch (tagsüber im Krankenhaus, abends und an den Wochenenden zuhause) als auch ambulant (der Patient kommt zu einzelnen Behandlungsterminen zu uns) behandelt.

Durch das Behandlungsteam der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Glückstadt <<http://www.klinikum-itzehoe.de/kliniken/zentrum-fuer-psychosoziale-medizin/behandlungsangebote/tagesklinische-behandlung.html>> (Am Wall 1a) werden ebenfalls Patienten mit depressiven Erkrankungen behandelt.

Die Behandlungsteams arbeiten in erster Linie mit psychotherapeutischen Behandlungsmethoden (z. B. Verhaltenstherapie), aber auch medikamentöse und sozialtherapeutische Behandlungsformen werden eingesetzt.

### **Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen**

Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol, Medikamenten oder Drogen werden im Zentrum für Psychosoziale Medizin sowohl stationär und tagesklinisch als auch ambulant behandelt. In der Regel erfolgt die erste Phase der Behandlung (Entgiftung) stationär im Therapiebereich Itzehoe (Station 39). Die weitere Behandlung erfolgt dann in der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Glückstadt (Am Wall 1a). Im Zusammenhang mit der Behandlung bei uns beraten wir auch ausführlich über weiterführende Formen der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In Kooperation mit der Diakonie des Kirchenkreises Rantzeburg bieten wir darüber hinaus auch eine ambulante rehabilitative Behandlung an.

### **Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen**

Eine Persönlichkeitsstörung wird dann diagnostiziert, wenn abgrenzbare, unflexible (rigide) Persönlichkeitszüge bestehen, die ähnliche unangepasste Verhaltensmuster in ganz unterschiedlichen Lebenssituationen bedingen, die sich von der Mehrheit der Bevölkerung deutlich unterscheiden. Diese Verhaltensweisen sind durchgehend seit dem

Jugendalter oder dem frühen Erwachsenenalter vorhanden und prägen das Verhalten ganz wesentlich.

Wir gehen heute davon aus, dass etwa 5 bis 8 % der Menschen die Züge einer Persönlichkeitsstörung aufweisen. Von besonderer Bedeutung ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen werden im Zentrum für Psychosoziale Medizin in erster Linie teilstationär in der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Itzehoe behandelt. In akuten Krisensituationen kann auch eine Behandlung in unserem Akutbereich (Station 39) erfolgen.

### **Behandlung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen**

Grundsätzlich können alle psychischen Erkrankungen auch im höheren Lebensalter auftreten. Bei älteren Menschen kann es gehäuft jedoch auch zum Auftreten von dementiellen Erkrankungen kommen. Darunter verstehen wir grundsätzlich alle Erkrankungen, bei denen es aufgrund einer organischen Veränderung des Gehirns zu einer Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit kommt. Die häufigste dieser Erkrankungen ist die Alzheimer-Demenz. Bei dieser Erkrankung treten insbesondere Störungen des Gedächtnisses und des Verhaltens sowie fortschreitende Schwierigkeiten bei der Verrichtung alltäglicher Dinge auf. Weitere Ursache für eine dementielle Störung kann eine verminderte Hirndurchblutung aufgrund von chronischen oder akuten Gefäßschäden sein. Außerdem kann es im Rahmen anderer Erkrankungen, die das Gehirn betreffen, zu dementiellen Symptomen kommen (zum Beispiel beim Morbus Parkinson).

Im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe werden Menschen mit einer dementiellen Erkrankung vorwiegend im psychiatrischen Akutbereich behandelt, da dort die besten Behandlungsmöglichkeiten bestehen, einschließlich der notwendigen Schutzmaßnahmen und intensiver pflegerischer Betreuung.

### **Behandlung von Menschen mit psychosomatischen Erkrankungen**

Der Begriff der Psychosomatischen Medizin beschreibt etwas, was in der Medizin schon immer bekannt ist. Er verbindet die griechischen Bezeichnungen für die Seele ("Psyche") und für den Körper ("Soma") miteinander. Viele körperliche Beschwerden können auch eine seelische Ursache haben. Oft fällt es uns schwer, dies zu akzeptieren. Natürlich kommen nicht alle Symptome und alle Erkrankungen von der Psyche. Und natürlich muss bei körperlichen Beschwerden immer abgeklärt werden, ob eine körperliche Ursache dahinter steckt. Aber wenn sich diese nicht findet, sollten wir auch in Betracht ziehen, dass seelische Belastungen bei unseren Erkrankungen mitspielen. Lang anhaltende seelische Belastungen, schwierige Lebensumstände, Konfliktsituationen und auch belastende körperliche Erkrankungen können dazu führen, dass unser Körper uns ein deutliches Signal gibt, dass etwas nicht in Ordnung ist. Es treten psychosomatische Erkrankungen auf.

Psychosomatische Störungen sind behandelbar. Die Behandlung erfolgt meistens ambulant, kann in schweren Fällen aber auch tagesklinisch oder sogar stationär behandelt werden. Im Vordergrund der Behandlung steht das psychotherapeutische Gespräch. In diesem Gespräch erarbeiten Patient und Therapeut gemeinsam, wie die Zusammenhänge zwischen seelischem und körperlichem Erleben sind und wie man dies verändern kann. Ergänzt wird diese Behandlung häufig durch Entspannungstechniken, Bewegungs- und Körpertherapie, Musiktherapie, Ergotherapie oder Sozialtherapie. Manchmal müssen vorübergehend auch spezielle Medikamente zur Behandlung eingesetzt werden.

Im Klinikum Itzehoe ist die Psychosomatik ein zentraler Bestandteil des Zentrums für Psychosoziale Medizin. Wir sehen den Menschen als eine Einheit aus Seele und Körper und richten unsere Behandlungsmaßnahmen danach aus. Auch das soziale Umfeld eines Menschen muss berücksichtigt werden. Deshalb ist es wichtig, dass es Behandlungsangebote für psychosomatische Erkrankungen vor Ort in der Region gibt. Das ZPM hat dazu eine Psychosomatische Tagesklinik eingerichtet, die sich in der Beethovenstraße 2 in Itzehoe befindet.

### **Behandlung von Kindern und Jugendlichen**

In der Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters im Mecklenburger Weg 4 in Itzehoe bieten wir tagsüber eine umfassende medizinische und psychologische Diagnostik und Behandlung für Kinder an. Abends und an den Wochenenden sind unsere Patienten zu Hause. So können sie neue Erfahrungen direkt in ihrem gewohnten Umfeld erproben. Vor einer Aufnahme in die Tagesklinik erfolgt ein Vorgespräch, in dem Behandlungsvoraussetzungen geklärt werden.

In unsere Tagesklinik werden Kinder aufgenommen, die ängstlich, traurig und zurückgezogen sind, die schnell aggressiv, wütend und unkontrolliert werden, die unkonzentriert, unruhig oder verträumt sind, die in der Schule nicht klar kommen, die oft Ärger und Streit mit Eltern und Freunden haben, die ungewöhnliche Verhaltensweisen zeigen, die eine weitere Behandlung nach einem stationären Aufenthalt benötigen, die nicht altersentsprechende Verhaltensweisen zeigen, die Schwierigkeiten im Essverhalten haben, die unter den Folgen belastender Ereignisse leiden, die unter körperlichen Beschwerden leiden, für die der Arzt keine organische Ursache gefunden hat. Die Behandlungsangebote werden dem individuellen Bedarf angepasst.

Die kinder- und jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische und -psychosomatische Therapie schließt ein: Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, medikamentöse Behandlung, Milieuthérapie, intensive Elternmitarbeit, Ergotherapie, tiergestützte Therapie, sozialpädagogische Beratung, Unterricht und schulische Förderung.

### **Teilstationäre Versorgung:**

Die Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Itzehoe und Glückstadt sind als teilstationäre Einrichtungen ein wesentlicher Bestandteil der Gemeindepsychiatrischen Versorgungskette. Teilstationär bedeutet, dass die Patienten nur an den Werktagen tagsüber in der Tagesklinik sind und die restliche Zeit (einschließlich der Wochenenden) zu Hause verbringen. Therapie in der Tagesklinik bedeutet auch: Intensive Behandlung in der Klinik bei gleichzeitiger Erhaltung der sozialen Kontakte. Diese ermöglicht auch die Einbeziehung von Konflikten im sozialen Umfeld in die Behandlung.

Die Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Itzehoe und Glückstadt bieten insgesamt über 70 Behandlungsplätze. Wir haben spezielle Angebote für Patientinnen und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, depressiven Erkrankungen, Abhängigkeitserkrankungen, psychosomatischen Störungen sowie für Kinder und Jugendliche. Die Behandlung erfolgt nach einer Einweisung durch niedergelassene Ärzte (z.B. Hausarzt oder Facharzt), oder im Rahmen einer Überweisung bzw. einer Verlegung aus dem stationären Bereich. In den Tageskliniken können alle Menschen mit einer seelischen Erkrankung behandelt werden, bei denen eine ambulante Versorgung nicht (mehr) ausreichend oder eine vollstationäre Behandlung nicht mehr notwendig ist. Für Patienten mit akuter Suizidalität, Suchtmittelabhängigkeit sowie schweren hirnorganischen Veränderungen ist die tagesklinische Behandlung nicht geeignet.

Die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Itzehoe bietet 20 Behandlungsplätze. Hier werden in erster Linie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, psychosomatischen Störungen sowie Patienten in Krisensituationen (Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen) behandelt. Die Behandlungsangebote basieren auf einem integrativen Therapiekonzept. Es kommen Interventionen und Methoden aus verschiedenen Therapieansätzen (u.a. Verhaltenstherapie und tiefenpsychologische Psychotherapie) zur Anwendung. Für jeden Patienten wird aus den einzelnen Therapiebausteinen ein individueller Behandlungsplan erstellt, welcher den Bedürfnissen, Therapiezielen und vorhandenen Ressourcen entspricht. Angeboten werden insbesondere folgende Behandlungsformen: Gruppenpsychotherapie, Einzelpsychotherapie, Ergotherapie, soziales Kompetenztraining, sozialpädagogische Beratung, Stresstoleranzgruppe, Musiktherapie, Tanztherapie, Entspannungsverfahren, Familien- und Partnergespräche, therapeutisches Klettern, milieuthérapeutische Angebote, Unterstützung bei der Tages- und Alltagsstrukturierung, Physiotherapie und medikamentöse Behandlung.

In der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Glückstadt behandeln wir in erster Linie Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen (Depressionen und manischen Störungen) sowie mit Abhängigkeitserkrankungen (nach erfolgter Entgiftung).

### **Regionales Psychiatrie-Budget**

Die Finanzierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung im Kreis Steinburg erfolgt seit dem 1. Januar 2003 durch ein Regionales Psychiatriebudget. Diese Finanzierungsform wurde im Rahmen eines Modellprojektes - als erstes bundesweit - zwischen den Krankenkassenverbänden in Schleswig-Holstein und dem Klinikum Itzehoe vereinbart. Durch dieses Finanzierungssystem bieten wir unseren Patientinnen und Patienten ein sehr flexibles und modernes Behandlungskonzept an. Die psychiatrische Versorgung durch das Klinikum Itzehoe kann je nach Notwendigkeit sowohl ambulant, als auch tagesklinisch und vollstationär erfolgen.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP16	Psychosomatische Tagesklinik

### **B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

### **B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 902

Teilstationäre Fallzahl: 0

Anzahl Betten: 60

Psychiatrische Tagesklinik in Itzehoe: 20 Plätze

Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Glückstadt: 14 Plätze

Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters: 12 Plätze

Psychosomatische Tagesklinik: 15 Plätze

Weitere 15 tagesklinische Plätze integriert in den verschiedenen Behandlungsteams.

## B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	297
2	F20	Schizophrenie	94
3	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	82
4	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	72
5	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	51
6	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	40
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	32
8 - 1	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	25
8 - 2	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	25
10 - 1	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	21
10 - 2	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	21
12	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	16
13	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	15
14	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	13
15 - 1	F41	Sonstige Angststörung	12
15 - 2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	12
17	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	11
18	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	10
19	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	8
20	F70	Leichte Intelligenzminderung	5
21	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	4
22 - 1	G30	Alzheimer-Krankheit	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22 - 2	F34	Anhaltende (chronische) Stimmungs- und Gefühlsstörung	< 4
22 - 3	F63	Ausgefallene Gewohnheiten bzw. Störung der Selbstbeherrschung	< 4
22 - 4	F80	Entwicklungsstörung des Sprechens bzw. der Sprache	< 4
22 - 5	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	< 4
22 - 6	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	< 4
22 - 7	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
22 - 8	F30	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung - Manische Episode	< 4
22 - 9	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	< 4

### **B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	7.935
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	801
3	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	800
4	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	559
5	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	475
6	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	434
7	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen	294
8	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	222
9	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	164

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	110
11	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	101
12	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	96
13	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	47
14	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	45
15	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	32
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	28
17	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	19
18 - 1	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	10
18 - 2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	10
20	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	7
21	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	5
22 - 1	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	4
22 - 2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	4
24 - 1	9-646	9-646	< 4
24 - 2	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	< 4
24 - 3	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
24 - 4	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	< 4
24 - 5	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	< 4
24 - 6	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
24 - 7	9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	< 4





## **B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

## **B-10.11 Personelle Ausstattung**

### **B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	16,93
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,52
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	3,41
- davon stationäre Versorgung	14,23
- davon ambulante Versorgungsformen	2,7
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	5,9
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,9
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	4,7
- davon ambulante Versorgungsformen	1,2

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr. Facharztbezeichnung
AQ32 Kinder- und Jugendmedizin
AQ37 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ42 Neurologie
AQ51 Psychiatrie und Psychotherapie
AQ52 Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie
AQ53 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen**

Nr. Zusatz-Weiterbildung
ZF45 Suchtmedizinische Grundversorgung

### **B-10.11.2 Pflegepersonal**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	46,04	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	46,04	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	43,82	
- davon ambulante Versorgungsformen	2,22	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0	
- davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl <sup>1</sup>	Ausbildungs- dauer
<b>Altenpfleger/ –innen</b>	1,26	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,26	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,26	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegeassistenten/ –assistentinnen</b>	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Krankenpflegehelfer/ –innen</b>	1	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Pflegehelfer/ –innen</b>	0	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Hebammen / Entbindungspfleger</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Beleghebammen / Belegentbindungspfleger</b>	0	
<b>Operationstechnische Assistenz</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
<b>Medizinische Fachangestellte</b>	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## **Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr. Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14 Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05 Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ10 Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20 Praxisanleitung

## **Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen**

Nr. Zusatzqualifikationen
ZP24 Deeskalationstraining

### **B-10.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik**

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	6,68
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,68
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	5,68
- davon ambulante Versorgungsformen	1
Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	6,52
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,52
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	4,5
- davon ambulante Versorgungsformen	2,02
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	1
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0
- davon ambulante Versorgungsformen	1
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG)	3,83
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,83
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	3,2
- davon ambulante Versorgungsformen	0,63
Ergotherapeuten	9,19
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,19
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	8,5
- davon ambulante Versorgungsformen	0,69
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten	0,5
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0,5
- davon ambulante Versorgungsformen	0

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl <sup>1</sup>
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen	6,57
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,57
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	6,02
- davon ambulante Versorgungsformen	0,55

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## **B-11 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

### **B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Dr. med. Holger Brasche-Willmer, Bahnhofstraße 2, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821/2535

Dr. med. Hans Lau, Feldschmiedekamp 42, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821/2645

Dr. med. Ayham Said, Viktoriastraße 2, 25524 Itzehoe, Tel.: 04821/4030070

Name: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde  
Schlüssel: Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600)  
Art: Gemischte Haupt- und Belegabteilung  
Telefon: 04821 / 772 - 0  
Telefax: 04281 / 772 - 3999  
E-Mail: [info@kh-itzehoe.de](mailto:info@kh-itzehoe.de)

#### **Chefärzte**

Name: Dr. med. Michael Kappus  
Funktion / Arbeits-  
schwerpunkt: Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Ärztlicher Direktor  
Telefon: 04821 / 772 - 2100  
E-Mail: [m.kappus@kh-itzehoe.de](mailto:m.kappus@kh-itzehoe.de)  
Straße: Robert-Koch-Str. 2  
PLZ / Ort: 25524 Itzehoe

### **B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

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:

Ja

### **B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Liebe Besucherin, lieber Besucher!

Willkommen in der Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Wir freuen uns, dass dieser Qualitätsbericht Ihr Interesse findet.

Patienten, die eine operative Behandlung benötigen, werden in unserem Haus von drei HNO-Fachärzten betreut. Zwei der drei niedergelassenen Ärzte sind belegärztlich tätig. Der dritte Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde führt ambulante und stationäre Operationen im Rahmen seiner Anstellung durch.

Die ärztliche Betreuung erfolgt verantwortlich durch:

Dr. med. Holger Brasche-Willmer, Belegarzt

Dr. med. Hans Lau, Belegarzt

Dr. med. Ayham Said, Angestellter

### **B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Angaben zu Aspekten der Barrierefreiheit finden Sie im Qualitätsbericht im Abschnitt A-7.

### **B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 54  
Teilstationäre Fallzahl: 0  
Anzahl Betten: 1

### **B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	47
2 – 1	J03	Akute Mandelentzündung	< 4
2 – 2	J00	Akuter Erkältungsschnupfen	< 4
2 – 3	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	< 4
2 – 4	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	< 4
2 – 5	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelettsystems bzw. des Bindegewebes	< 4

### **B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	97
2	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	9
3	5-272	Operative Entfernung oder Zerstörung des (erkrankten) harten bzw. weichen Gaumens	4
4 – 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	< 4
4 – 2	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	< 4
4 – 3	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	< 4
4 – 4	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	< 4
4 – 5	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	< 4

### **B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## **B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	39
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	38
3 – 1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
3 – 2	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	< 4
3 – 3	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	< 4
3 – 4	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
3 – 5	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	< 4
3 – 6	5-284	Operative Entfernung oder Zerstörung einer Zungenmandel	< 4
3 – 7	5-211	Operativer Einschnitt in die Nase	< 4
3 – 8	5-219	Sonstige Operation an der Nase	< 4

## **B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft**

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung

## **B-11.11 Personelle Ausstattung**

### **B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl <sup>1</sup>
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	0,25
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0,25
- davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	0,25
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
- davon stationäre Versorgung	0,25
- davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	2

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen/ -ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

### **B-11.11.2 Pflegepersonal**

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-11.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für  
Psychiatrie und Psychosomatik**

Trifft nicht zu bzw. entfällt, da Belegabteilung



## C Qualitätssicherung

### C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

#### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Kommentar
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	83	100,00%	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	4	100,00%	
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	10	100,00%	
Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	29	100,00%	
Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel	15	100,00%	
Implantierbare Defibrillatoren- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	6	100,00%	
Karotis-Revaskularisation	45	100,00%	
Gynäkologische Operationen	280	100,00%	
Geburtshilfe	1.558	100,00%	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	98	100,00%	
Mammachirurgie	232	100,00%	
Dekubitusprophylaxe	264	100,00%	
Hüftendoprothesenversorgung	174	100,00%	
- Hüftendoprothesen- versorgung: Hüftendoprothesen- Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	161	100,00%	
- Hüftendoprothesen- versorgung: Hüft- Endoprothesenwechsel und Hüftkomponentenwechsel	13	100,00%	Die Dokumentationsrate in diesem Zählleistungsbereich der Hüftendoprothesenversorgung ist durch verfahrenstechnische Ursachen ggf. teilweise nicht korrekt darstellbar. Die Dokumentationsrate ist im gesamten Leistungsbereich der Hüftendoprothesenversorgung
Knieendoprothesenversorgung	66	100,00%	

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Kommentar
– Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	59	100,00%	
– Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und Kniekomponentenwechsel	7	100,00%	Die Dokumentationsrate in diesem Zählleistungsbereich der Knieendoprothesenversorgung ist durch verfahrenstechnische Ursachen ggf. teilweise nicht korrekt darstellbar. Die Dokumentationsrate ist im gesamten Leistungsbereich der Knieendoprothesenversorgung
Neonatologie	200	100,00%	
Ambulant erworbene Pneumonie	492	100,00%	

### C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Ambulant erworbene Pneumonie: Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 1</a> (S. 170)	95,1 % 95,01 - 95,18	≥ 90,00 %	97,67 % ↻ 95,61 - 98,94	R10 ↻ 377 /386 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	96,49 % 96,42 - 96,55	≥ 95,00 %	96,15 % ⚡ 94,05 - 97,67	R10 ↻ 475 /494 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	98,49 % 98,45 - 98,54	≥ 95,00 %	97,81 % ↻ 96,11 - 98,91	R10 ↻ 492 /503 (entf.)
Ambulant erworbene Pneumonie: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 170)	97,25 % 96,91 - 97,56	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Ambulant erworbene Pneumonie:

Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 170)	98,54 % 98,49 - 98,58	-	97,8 % 96,09 - 98,9	- 489 / 500 (entf.)
---	-----------------------------	---	---------------------------	------------------------

Ambulant erworbene Pneumonie:

Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	93,87 % 93,74 - 93,99	≥ 90,00 %	98,01 % ☹ 94,95 - 99,48	R10 ☹ 197 / 201 (entf.)
--	-----------------------------	-----------	-------------------------------	----------------------------

Ambulant erworbene Pneumonie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 1,58 (95. Perzentil)	1,32 ○ 1,06 - 1,63	R10 ☹ 71 / 503 (53,67)
--	---------------------	------------------------------	-----------------------	---------------------------

Ambulant erworbene Pneumonie:

Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	95,56 % 95,47 - 95,66	≥ 95,00 %	96,4 % ☹ 93,47 - 98,28	R10 ☹ 268 / 278 (entf.)
--	-----------------------------	-----------	------------------------------	----------------------------

Geburtshilfe:

Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	97,55 % 97,18 - 97,87	≥ 95,00 %	100 % ○ 77,19 - 100	R10 ☹ 13 / 13 (entf.)
---	-----------------------------	-----------	------------------------	--------------------------

Geburtshilfe:

Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	97,17 % 96,96 - 97,37	≥ 90,00 %	97,06 % ○ 89,9 - 99,19	R10 ☹ 66 / 68 (entf.)
---	-----------------------------	-----------	------------------------------	--------------------------

Geburtshilfe:

Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 6</a> (S. 172)	0,23 % 0,22 - 0,24	-	0 % 0 - 0,27	- 0 / 1.388 (entf.)
---	-----------------------	---	-----------------	------------------------

Geburtshilfe:

E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	0,32 % 0,23 - 0,46	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 18,43	R10 ☹ 0 / 17 (entf.)
---	-----------------------	--------------------	--------------------	-------------------------

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Geburtshilfe:

Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung

Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung ja / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	99,17 % 99,14 - 99,21	≥ 90,00 %	99,82 % ○ 98,97 - 99,97	R10 ⇄ 546 / 547 (entf.)
---	-----------------------------	-----------	-------------------------------	----------------------------

Geburtshilfe:

Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 173)	1,05 1,02 - 1,08	≤ 2,32	1,42 ○ 0,85 - 2,38	R10 ⇄ 14 / 1.435 (9,84)
---	---------------------	--------	-----------------------	----------------------------

Geburtshilfe:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 8</a> (S. 174)	1,06 0,95 - 1,18	≤ 6,00 (95. Perzentil)	1,21 ○ 0,21 - 6,62	R10 ⚠ entf.
--	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Geburtshilfe:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 9</a> (S. 175)	1,07 1,01 - 1,12	-	0 0 - 1,32	- 0 / 1.388 (2,90)
---	---------------------	---	---------------	-----------------------

Geburtshilfe:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 10</a> (S. 176)	0,98 0,98 - 0,99	≤ 1,23 (90. Perzentil)	1,14 ○ 1,06 - 1,22	R10 ⇄ 545 / 1.556 (478,56)
---	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------------

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien):

Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 176)	20,03 % 19,39 - 20,68	≤ 40,23 % (95. Perzentil)	14,29 % ○ 3,9 - 32,54	R10 ⇄ 4 / 28 (entf.)
---	-----------------------------	---------------------------------	--------------------------	-------------------------

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien):

Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 176)	1,14 % 1,05 - 1,25	Sentinel- Event	entf. ○ entf.	U32 ⇄ entf.
---	-----------------------	--------------------	------------------	----------------

Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien):

Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebsentfernung

Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	1,22 % 1,11 - 1,33	≤ 5,00 %	0 % ○ 0 - 4,28	R10 ⇄ 0 / 86 (entf.)
---	-----------------------	----------	-------------------	-------------------------

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 176)	88,28 % 87,96 - 88,59	≥ 74,04 % (5. Perzentil)	89,8 % ○ 77,79 - 96,68	R10 ⇄ 44 /49 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 176)	2,47 % 2,38 - 2,56	≤ 4,94 % (90. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ⇄ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 177)	1,1 1,03 - 1,17	≤ 4,18	3,21 ○ 1,38 - 7,37	R10 ⇄ 5 /233 (1,56)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 170)	11,97 % 11,05 - 12,96	-	30,77 % 8,97 - 60,95	- 4 /13 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 3</a> (S. 170)	12,24 % 11,01 - 13,58	-	50 % 15,91 - 84,09	- 4 /8 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien): Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	7,64 % 7,23 - 8,07	≤ 20,00 %	9,52 % ○ 3,77 - 22,07	R10 ⇄ 4 /42 (entf.)
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel: Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 178)	98,12 % 98,02 - 98,22	≥ 95,00 %	100 % ⇄ 90,75 - 100	R10 ⇄ 38 /38 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	89,25 % 89,04 - 89,45	≥ 60,00 %	93,62 % ⇄ 86,6 - 97,67	R10 ⇄ 88 /94 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Herzschrittmacher-Implantation: Leitlinienkonforme Systemwahl				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 14</a> (S. 178)	98,55 % 98,46 - 98,64	≥ 90,00 %	100 % ☞ 95,8 - 100	R10 ☞ 86 /86 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 15</a> (S. 179)	95,74 % 95,66 - 95,81	≥ 90,00 %	94,67 % ☞ 91,71 - 96,82	R10 ☞ 320 /338 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Sondendislokation oder -dysfunktion				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	1,44 % 1,36 - 1,53	≤ 3,00 %	entf. ☞ entf.	U32 ☞ entf.
Herzschrittmacher-Implantation: Systeme 1. Wahl				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 180)	96,85 % 96,72 - 96,98	-	98,84 % 93,59 - 100	- 85 /86 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Systeme 2. Wahl				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 180)	0,13 % 0,11 - 0,16	-	0 % 0 - 4,2	- 0 /86 (entf.)
Herzschrittmacher-Implantation: Systeme 3. Wahl				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 181)	1,57 % 1,48 - 1,66	≤ 10,00 %	entf. ☞ entf.	R10 ☞ entf.
Herzschrittmacher-Implantation: Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres				
Qualitätsindikator / QSKH ja / <a href="#">Hinweis 20</a> (S. 181)	1,06 0,93 - 1,19	≤ 5,88 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 10,04	R10 ☞ 0 /96 (0,37)
Herzschrittmacher-Implantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 20</a> (S. 181)	1,02 0,98 - 1,05	≤ 2,67 (95. Perzentil)	0,46 ○ 0,08 - 1,41	R10 ☞ entf.
Herzschrittmacher-Implantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1,1 1,04 - 1,17	≤ 4,02 (95. Perzentil)	1,79 ○ 0,32 - 9,71	R10 ☞ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Herzschríttmacher-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	1,08 % 0,87 - 1,34	≤ 3,00 %	0 % ☺ 0 - 33,63	R10 ☺ 0 /9 (entf.)
Herzschríttmacher-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	0,97 0,84 - 1,11	≤ 5,03 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 67,01	R10 ☺ 0 /11 (0,04)
Hüftendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 182)	1,51 % 1,46 - 1,57	≤ 5,72 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 3,66	R10 ☺ 0 /99 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 182)	6,18 % 5,84 - 6,54	≤ 15,15 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	U32 ☺ entf.
Hüftendoprothesenversorgung: Beweglichkeit bei Entlassung				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 183)	98,1 % 98,03 - 98,16	-	98,99 % 94,4 - 100	- 98 /99 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 24</a> (S. 183)	92,36 % 91,99 - 92,72	≥ 86,00 %	88,24 % ○ 63,88 - 98,84	R10 ☺ 15 /17 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	97,13 % 97,05 - 97,2	≥ 90,00 %	96,97 % ○ 91,35 - 99,43	R10 ☺ 96 /99 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	13,75 % 13,48 - 14,03	≤ 15,00 %	30,88 % ○ 20,25 - 43,22	A41 ☹ 21 /68 (entf.)
Hüftendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 182)	2,35 % 2,28 - 2,42	≤ 7,50 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ☺ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Hüftendoprothesenversorgung:

Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 182)	4,62 % 4,45 - 4,79	≤ 11,41 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ⇄ entf.
---	-----------------------	---------------------------------	------------------	----------------

Hüftendoprothesenversorgung:

Sturzprophylaxe

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	95,81 % 95,72 - 95,9	≥ 85,00 %	98 % ○ 94,22 - 99,62	R10 ⇄ 147 / 150 (entf.)
---	----------------------------	-----------	----------------------------	----------------------------

Hüftendoprothesenversorgung:

Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 26</a> (S. 184)	0,21 % 0,19 - 0,23	Sentinel- Event	entf. ○ entf.	U32 ⇄ entf.
---	-----------------------	--------------------	------------------	----------------

Hüftendoprothesenversorgung:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 27</a> (S. 185)	1,1 1,06 - 1,14	≤ 3,12 (95. Perzentil)	0,78 ○ 0,13 - 2,42	R10 ⇄ entf.
---	--------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Hüftendoprothesenversorgung:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1 0,98 - 1,02	≤ 2,40 (95. Perzentil)	1,81 ○ 1,11 - 2,87	R10 ⇄ 15 / 158 (8,30)
--	------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------------

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung:

Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	14,12 % 13,85 - 14,4	≤ 15,00 %	26,26 % ○ 17,93 - 36,05	U32 ⇄ 26 / 99 (entf.)
---	----------------------------	-----------	-------------------------------	--------------------------

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung:

Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	1,27 % 1,18 - 1,36	≤ 4,50 % (95. Perzentil)	entf. ⇄ entf.	R10 ⇄ entf.
---	-----------------------	--------------------------------	------------------	----------------

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung:

Sturzprophylaxe

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	95,34 % 95,16 - 95,52	≥ 85,00 %	95,24 % ○ 88,22 - 98,75	R10 ⇄ 80 / 84 (entf.)
---	-----------------------------	-----------	-------------------------------	--------------------------



Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung:  
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen  
bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 28</a> (S. 185)	0,98 0,96 - 1,01	≤ 2,17 (95. Perzentil)	1,75 ☹ 1,02 - 2,88	R10 ☹ 12 /99 (6,87)
---	---------------------	------------------------------	-----------------------	------------------------

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung:  
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten  
mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1,03 1,01 - 1,05	≤ 2,24 (95. Perzentil)	2,48 ○ 1,83 - 3,21	U33 ☹ 31 /89 (12,52)
--	---------------------	------------------------------	-----------------------	-------------------------

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung:  
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1,03 1 - 1,07	≤ 2,07 (90. Perzentil)	1,02 ○ 0,35 - 2,87	R10 ☹ entf.
--	------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung:  
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nach-  
blutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	0,91 0,83 - 0,99	≤ 4,28 (95. Perzentil)	1,47 ○ 0,26 - 8,02	R10 ☹ entf.
--	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel:

Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und  
Signalamplituden

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 29</a> (S. 186)	98,69 % 98,6 - 98,78	≥ 95,00 %	100 % ☹ 95,44 - 100	R10 ☹ 79 /79 (entf.)
---	----------------------------	-----------	------------------------	-------------------------

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation:  
Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	91,7 % 91,4 - 92	≥ 60,00 %	93,48 % ☹ 82,08 - 98,75	R10 ☹ 43 /46 (entf.)
--	---------------------	-----------	-------------------------------	-------------------------

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation:

Leitlinienkonforme Indikation

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 30</a> (S. 186)	92,1 % 91,75 - 92,43	≥ 90,00 %	90 % ○ 73,54 - 98,05	R10 ☹ 27 /30 (entf.)
---	----------------------------	-----------	----------------------------	-------------------------

Implantierbare Defibrillatoren-Implantation:

Leitlinienkonforme Systemwahl

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	96,52 % 96,28 - 96,75	≥ 90,00 %	100 % ○ 88,43 - 100	R10 ☹ 30 /30 (entf.)
---	-----------------------------	-----------	------------------------	-------------------------

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 31</a> (S. 187)	96,27 % 96,13 - 96,4	≥ 90,00 %	97,7 % ☞ 91,87 - 99,79	R10 ☞ 85 /87 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Sondendislokation oder -dysfunktion				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	0,82 % 0,71 - 0,94	≤ 3,00 %	0 % ☞ 0 - 11,57	R10 ☞ 0 /30 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	0,94 0,81 - 1,1	≤ 6,75 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 27,17	R10 ☞ 0 /30 (0,13)
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	0,5 % 0,35 - 0,71	≤ 3,00 %	0 % ☞ 0 - 40,96	R10 ☞ 0 /7 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	3,38 % 3,2 - 3,58	≤ 8,69 % (95. Perzentil)	entf. ☞ entf.	R10 ☞ entf.
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Infektion als Indikation zum Folgeeingriff				
Qualitätsindikator / QSKH ja / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	0,54 % 0,47 - 0,63	≤ 2,44 % (95. Perzentil)	0 % ☞ 0 - 7,71	R10 ○ 0 /46 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Prozedurassoziertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	3,16 % 2,98 - 3,35	≤ 6,00 %	0 % ☞ 0 - 7,71	R10 ☞ 0 /46 (entf.)
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1,29 1,12 - 1,49	≤ 5,70 (95. Perzentil)	26,78 ○ 4,81 - 96,19	U32 ☞ entf.
Karotis-Revaskularisation: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	98,51 % 98,02 - 98,88	≥ 95,00 %	100 % ○ 73,54 - 100	R10 ☞ 12 /12 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Karotis-Revaskularisation: Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	98,96 % 98,78 - 99,11	≥ 95,00 %	100 % ○ 78,2 - 100	R10 ⇄ 15 /15 (entf.)
Karotis-Revaskularisation: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – kathetergestützt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	99,51 % 99,12 - 99,72	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	R10 ⇄ entf.
Karotis-Revaskularisation: Indikation bei symptomatischer Karotisstenose – offen-chirurgisch				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	99,8 % 99,68 - 99,87	≥ 95,00 %	100 % ○ 76,84 - 100	R10 ⇄ 14 /14 (entf.)
Karotis-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – kathetergestützt				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 183)	1,71 % 1,28 - 2,29	-	0 % 0 - 30,85	- 0 /10 (entf.)
Karotis-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose – offen-chirurgisch				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 183)	1,23 % 1,05 - 1,44	-	0 % 0 - 26,46	- 0 /12 (entf.)
Karotis-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – kathetergestützt				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 183)	1,95 % 1,03 - 3,67	-	entf. entf.	- entf.
Karotis-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose – offen-chirurgisch				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 183)	2,74 % 2,08 - 3,59	-	entf. entf.	- entf.
Karotis-Revaskularisation: Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 182)	6,6 % 3,9 - 10,96	Sentinel- Event	entf. entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Karotis-Revaskularisation:

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose – -  
kathetergestützt

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 183)	3,69 % 2,98 - 4,55	-	entf. entf.	- entf.
--	-----------------------	---	----------------	------------

Karotis-Revaskularisation:

Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose – offen-  
chirurgisch

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 23</a> (S. 183)	3,03 % 2,7 - 3,4	-	0 % 0 - 23,16	- 0 / 14 (entf.)
--	---------------------	---	------------------	---------------------

Karotis-Revaskularisation:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlagan-  
fällen oder Todesfällen – kathetergestützt

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1 0,89 - 1,12	≤ 3,03 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 7,79	R10 ☺ 0 / 15 (0,39)
--	------------------	------------------------------	-----------------	------------------------

Karotis-Revaskularisation:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlagan-  
fällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	1 0,92 - 1,08	≤ 2,99 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 5,32	R10 ☺ 0 / 30 (0,64)
--	------------------	------------------------------	-----------------	------------------------

Karotis-Revaskularisation:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder  
Todesfällen – kathetergestützt

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 32</a> (S. 187)	1 0,87 - 1,15	-	0 0 - 18,11	- 0 / 15 (0,17)
--	------------------	---	----------------	--------------------

Karotis-Revaskularisation:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder  
Todesfällen – offen chirurgisch

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 32</a> (S. 187)	1 0,9 - 1,11	-	0 0 - 9,67	- 0 / 30 (0,35)
--	-----------------	---	---------------	--------------------

Knieendoprothesenversorgung:

Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	1,4 % 1,35 - 1,46	≤ 5,00 % (95. Perzentil)	0 % ☺ 0 - 5,6	R10 ☺ 0 / 64 (entf.)
---	----------------------	--------------------------------	------------------	-------------------------

Knieendoprothesenversorgung:

Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 182)	3,24 % 2,95 - 3,55	≤ 10,37 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 36,94	R10 ☺ 0 / 8 (entf.)
---	-----------------------	---------------------------------	--------------------	------------------------

Knieendoprothesenversorgung:

Beweglichkeit bei Entlassung

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 33</a> (S. 188)	92,92 % 92,79 - 93,04	-	96,88 % 89,09 - 99,71	- 62 / 64 (entf.)
--	-----------------------------	---	-----------------------------	----------------------

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 24</a> (S. 183)	93,31 % 92,87 - 93,72	≥ 86,00 %	75 % ○ 35,87 - 97,33	U32 ➡ 6 / 8 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	97,82 % 97,75 - 97,9	≥ 90,00 %	96,67 % ➡ 88,4 - 99,69	R10 ➡ 58 / 60 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Indikation zur unikondylären Schlittenprothese				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 2</a> (S. 170)	96,43 % 96,17 - 96,68	≥ 90,00 %	100 % ➡ 39,76 - 100	R10 ➡ 4 / 4 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 34</a> (S. 188)	99,79 % 99,76 - 99,81	≥ 98,54 % (5. Perzentil)	98,67 % ➡ 93,6 - 99,93	R10 ➡ 74 / 75 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	1,05 % 1 - 1,1	≤ 3,89 % (95. Perzentil)	entf. ➡ entf.	R10 ➡ entf.
Knieendoprothesenversorgung: Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 22</a> (S. 182)	4,59 % 4,25 - 4,96	≤ 13,33 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 36,94	R10 ➡ 0 / 8 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 182)	0,04 % 0,03 - 0,05	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 5,52	R10 ➡ 0 / 65 (entf.)
Knieendoprothesenversorgung: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 171)	0,89 0,83 - 0,95	≤ 3,79 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 13,23	R10 ➡ 0 / 66 (0,27)
Mammachirurgie: HER2-Positivitätsrate				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 35</a> (S. 188)	13,12 % 12,86 - 13,38	Nicht defi- niert	15,03 % ○ 9,77 - 21,7	N02 ○ 23 / 153 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
<b>Mammachirurgie:</b>				
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 176)	96,44 % 96,23 - 96,63	≥ 90,00 %	98,63 % ○ 92,49 - 100	R10 ⇄ 72 /73 (entf.)
<b>Mammachirurgie:</b>				
Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	99,27 % 99,14 - 99,38	≥ 95,00 %	100 % ○ 93 - 100	R10 ⇄ 51 /51 (entf.)
<b>Mammachirurgie:</b>				
Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	97,94 % 97,76 - 98,1	≥ 95,00 %	100 % ○ 94,25 - 100	R10 ⇄ 63 /63 (entf.)
<b>Mammachirurgie:</b>				
Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 25</a> (S. 183)	6,03 % 5,42 - 6,71	≤ 8,20 % (80. Perzentil)	0 % ○ 0 - 36,94	R10 ⇄ 0 /8 (entf.)
<b>Mammachirurgie:</b>				
Primäre Axilladissektion bei DCIS				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / <a href="#">Hinweis 5</a> (S. 172)	0,09 % 0,04 - 0,19	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 22,81	R10 ⇄ 0 /13 (entf.)
<b>Mammachirurgie:</b>				
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 11</a> (S. 176)	97,46 % 97,34 - 97,57	≥ 90,00 %	98,82 % ○ 95,74 - 99,89	R10 ⇄ 167 /169 (entf.)
<b>Mammachirurgie:</b>				
Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 36</a> (S. 189)	4,01 % 3,85 - 4,17	≤ 16,36 % (95. Perzentil)	3,28 % ○ 0,86 - 8,22	R10 ⇄ 4 /122 (entf.)
<b>Neonatologie:</b>				
Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 37</a> (S. 189)	5,54 % 5,07 - 6,07	-	0 % 0 - 16,84	- 0 /20 (entf.)
<b>Neonatologie:</b>				
Durchführung eines Hörtests				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 38</a> (S. 190)	97,86 % 97,77 - 97,95	≥ 95,00 %	98,91 % ○ 96,08 - 99,9	R10 ⇄ 182 /184 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Neonatologie:

Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 37</a> (S. 189)	3,44 % 3,03 - 3,91	-	0 % 0 - 20,59	- 0 /16 (entf.)
--	-----------------------	---	------------------	--------------------

Neonatologie:

Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 37</a> (S. 189)	3,33 % 3 - 3,68	-	entf. entf.	- entf.
--	--------------------	---	----------------	------------

Neonatologie:

Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 39</a> (S. 190)	2,16 % 1,91 - 2,43	-	0 % 0 - 11,22	- 0 /31 (entf.)
--	-----------------------	---	------------------	--------------------

Neonatologie:

Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 40</a> (S. 191)	0,93 0,88 - 0,98	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0,62 ○ 0,17 - 1,96	R10 ⇄ entf.
---	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Neonatologie:

Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 41</a> (S. 192)	0,34 % 0,31 - 0,38	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 2,2	R10 ⇄ 0 /166 (entf.)
---	-----------------------	--------------------	------------------	-------------------------

Neonatologie:

Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 37</a> (S. 189)	3,95 % 3,6 - 4,34	-	entf. entf.	- entf.
--	----------------------	---	----------------	------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 42</a> (S. 192)	0,95 0,87 - 1,04	-	0 0 - 3,83	- 0 /20 (0,84)
--	---------------------	---	---------------	-------------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 42</a> (S. 192)	0,98 0,89 - 1,09	-	2,13 0,59 - 6,73	- entf.
--	---------------------	---	---------------------	------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 42</a> (S. 192)	0,92 0,81 - 1,05	-	0 0 - 6,63	- 0 /16 (0,47)
--	---------------------	---	---------------	-------------------



Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsindikator / QSKH ja / <a href="#">Hinweis 43</a> (S. 193)	0,92 0,87 - 0,97	≤ 2,79 (95. Perzentil)	0,82 ○ 0,28 - 2,35	R10 ➡ entf.
---	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 44</a> (S. 194)	0,9 0,8 - 1,02	-	0 0 - 4,24	- 0 / 31 (0,81)
--	-------------------	---	---------------	--------------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 43</a> (S. 193)	0,92 0,87 - 0,98	≤ 2,54 (95. Perzentil)	0,29 ○ 0,05 - 1,61	R10 ➡ entf.
---	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 43</a> (S. 193)	0,95 0,92 - 0,98	≤ 2,04 (95. Perzentil)	0,32 ○ 0,09 - 1,15	R10 ➡ entf.
---	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 45</a> (S. 195)	0,97 0,9 - 1,05	≤ 2,52 (95. Perzentil)	0,57 ○ 0,1 - 2,87	R10 ➡ entf.
---	--------------------	------------------------------	----------------------	----------------

Neonatologie:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Transparenzkennzahl / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 42</a> (S. 192)	0,92 0,84 - 1,01	-	0,94 0,17 - 4,62	- entf.
--	---------------------	---	---------------------	------------

Neonatologie:

Zunahme des Kopfumfangs

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 41</a> (S. 192)	10,05 % 9,58 - 10,53	≤ 21,74 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
---	----------------------------	---------------------------------	------------------	----------------

Pflege: Dekubitusprophylaxe:

Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 16</a> (S. 179)	0,01 % 0,01 - 0,01	Sentinel- Event	entf. ○ entf.	A41 ○ entf.
---	-----------------------	--------------------	------------------	----------------

Kommentar / Erläuterung KH:  
AZ-Verschlechterung



Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen <sup>1</sup> / Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich <sup>3</sup>	KH Ergebnis <sup>4</sup> Vertrauens- bereich	Bewertung <sup>5</sup> Beob. / Ges. (Erw.) <sup>6</sup>
---	--	-------------------------------	---	---

Pflege: Dekubitusprophylaxe:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

Qualitätsindikator / QSKH nein / <a href="#">Hinweis 46</a> (S. 196)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 2,31 (95. Perzentil)	0,76 ○ 0,62 - 0,93	R10 ➡ 91 / 28.286 (120,29)
---	---------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------------

<sup>1</sup> Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

<sup>2</sup> Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

<sup>3</sup> Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

<sup>4</sup> KH Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

➡ = verbessert; ➡ = unverändert; ⬇ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

<sup>5</sup> Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich;

N02 = Bewertung nicht vorgesehen: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert;

U32 = Bewertung nach Strukturierter Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;

A41 = Bewertung nach Strukturierter Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel;

U33 = Bewertung nach Strukturierter Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme);

N01 = Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind.

➡ = verbessert; ➡ = unverändert; ⬇ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

<sup>6</sup> Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.

Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

## Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 1 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.

Hinweis 2 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Hinweis 3 Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf).

- Hinweis 4 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>.
-

- Hinweis 5 Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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/>.
- Hinweis 6 Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Hinweis 7 In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/>. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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/>.

---

Hinweis 8 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/>.

Hinweis 9 Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren>.

---

- Hinweis 10 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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/>.
- Hinweis 11 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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/>.



Hinweis 12	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <a href="https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/">https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/</a>. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>.</p>
---------------	---

---

- 
- Hinweis 13 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
- 
- Hinweis 14 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
-

- Hinweis 15 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
- 
- Hinweis 16 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
-

- Hinweis 17 Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
- 
- Hinweis 18 Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
-

- Hinweis 19 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
- 
- Hinweis 20 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
-

- Hinweis 21 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>.
- 
- Hinweis 22 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht 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/>.
-

- 
- Hinweis 23 Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.
- 
- Hinweis 24 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht 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/>.
- 
- Hinweis 25 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>.
-



Hinweis 26 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“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>.



- Hinweis 27 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
- 
- Hinweis 28 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
-

- Hinweis 29 Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
- 
- Hinweis 30 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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/>. In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.
-

- Hinweis 31 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
- Hinweis 32 Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

- 
- Hinweis 33 Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.
- 
- Hinweis 34 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
- 
- Hinweis 35 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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/>.
-

- 
- Hinweis 36 Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter 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/>.
- 
- Hinweis 37 Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
-

- 
- Hinweis 38 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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/>.
- 
- Hinweis 39 Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
-



Hinweis 40 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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/>. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. [Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA – Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c. Dimick, JB; Welch, H; Birkmeyer, JD (2004): Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. JAMA – Journal of the American Medical Association 292(7): 847-851. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.

- Hinweis 41 Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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. 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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/>.
- 
- Hinweis 42 Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
-



Hinweis  
43

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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/>.

Hinweis 44

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21\\_Qb-R\\_Freigabe-IQTIG-Bericht\\_Kennzahlen\\_inkl-Anlagen.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf). Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

---

Hinweis 45	<p>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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a>. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
---------------	--

---

Hinweis 46 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters 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/>.

## **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**

Leistungsbereich	Kommentar / Erläuterung
Brustkrebs	Die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Klinikums Itzehoe ist Mitgesellschafterin des Holsteinischen Brustzentrums GbR, dem größten dezentralen Brustzentrum Deutschlands. Das Holsteinische Brustzentrum (HBZ) wurde als erstes Brustzentrum in Schleswig-Holstein nach den fachlichen Anforderungen für Brustzentren (FAB) durch die Deutsche Krebsgesellschaft und nach DIN EN ISO 9001 vom TÜV Süd zertifiziert.

## **C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Über die gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung hinaus, nehmen unsere Kliniken u.a. an folgenden freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

- Qualitätssicherung Herzinfarkt (Ärzttekammer)
- Qualitätssicherung Endoprothetik (EPRD)
- GEMIDAS (Geriatrisches-Minimal-Data-Set)
- Qualitätsgemeinschaft Schlaganfall-Behandlung Schleswig-Holstein (QugSS)
- Qualitätssicherungsstudie laparoskopische Sigmaresektion (Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV), vertreten durch ihre Arbeitsgemeinschaft für Minimal-Invasive Chirurgie (CAMIC))
- Deutsches Wirbelsäulenregister

## **C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmeregelung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	7	Keine Ausnahme
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	22	Keine Ausnahme
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	64	Keine Ausnahme
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	20	Keine Ausnahme

### **C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

#### **C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung**

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	ja

### **C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden**

Leistungsbereich	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2018)	Leistungsmenge Quartal 3-4 & 1-2 <sup>1</sup>
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	7	13
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	22	19
Kniegelenk-Totalendoprothesen	64	70
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	20	20

<sup>1</sup> In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

### **C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen**

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose):

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	ja

### **C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)**

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein

### **C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden**

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

## Leistungsbereich

Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1      nein

### **C-5.2.6      Übergangsregelung**

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt:

## Leistungsbereich

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus      nein

Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas      nein

Kniegelenk-Totalendoprothesen      nein

Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1      nein

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

Nr. Vereinbarung bzw. Richtlinie

CQ01 Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

CQ05 Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1

### **Perinatalzentrum**

Weiterführende standortbezogene Informationen unter: [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org).

Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt:      ja

Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil:      ja

Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen:      ja

Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 01.01.2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die Personalausstattung in der Pflege (Pflegeschlüssel), die zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g notwendig sind, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.

### **C-7      Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

	Anzahl <sup>2</sup>
1. Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	192
2. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	124

	Anzahl <sup>2</sup>
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	113

<sup>1</sup> 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](http://www.g-ba.de))

<sup>2</sup> Anzahl der Personen



# **D Qualitätsmanagement**

## **D-1 Qualitätspolitik**

Wir als Klinikum Itzehoe verstehen uns als regionales medizinisches Zentrum für die Gesundheit aller Menschen in Itzehoe und Umgebung. Gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten und anderen Partnern bilden wir ein Netz von Dienstleistungen rund um die medizinisch pflegerische Versorgung, dass wir unter den sich ständig verändernden Rahmenbedingungen kontinuierlich weiterentwickeln.

Die Qualitätsphilosophie unseres Hauses ist in unseren Unternehmensgrundsätzen zusammengefasst. Sie dienen dazu gemeinsame Ziele zum Wohle unserer Patienten anzustreben und diese in der täglichen Praxis umzusetzen.

### **D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission**

Die Unternehmensgrundsätze sind unsere gemeinsame Vorstellung vom Klinikum Itzehoe.

Wir sehen unsere ständige Aufgabe darin, diese Grundsätze in gegenseitiger Abstimmung zu konkretisieren und umzusetzen.

Eine ausführliche Darstellung unser Unternehmensgrundsätze finden Sie auf unser homepage: [www.klinikum-itzehoe.de](http://www.klinikum-itzehoe.de)

### **D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses**

#### **D-1.2.1 Patientenorientierung**

Die Patientenorientierung im Klinikum Itzehoe stellt sich in vielen unterschiedlichen Ebenen dar:

#### ***Pflegephilosophie***

Für unser Klinikum wurde von den Mitarbeiter/innen unsere Pflegephilosophie erstellt.

Pflege im Klinikum Itzehoe stellt die Patienten in den Mittelpunkt. Dabei gestalten wir unsere Arbeit nicht „am“ Menschen, sondern „mit“ ihm. Auf Wunsch beziehen wir dabei Angehörige, Bezugspersonen oder Institutionen mit ein. Wir unterstützen Patienten in den Belangen, die sich durch den Klinikaufenthalt und Krankheitsverlauf ergeben.

Eine ausführliche Darstellung unserer Pflegephilosophie finden Sie auf unser homepage: [www.klinikum-itzehoe.de](http://www.klinikum-itzehoe.de)

#### ***Patientenbefragung***

Für unser Gesamtklinikum führen wir jährlich eine Patientenbefragung durch.

Zusätzlich werden fachabteilungsbezogene Befragungen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Befragungen werden analysiert, Schwachstellen aufgedeckt und Verbesserungspotentiale entwickelt. Aus dem Entwicklungsbedarf heraus resultieren konkrete Maßnahmen, die nach dem PDCA-Zyklus geplant und umgesetzt werden.

#### ***Beschwerdemanagement***

Mit dem in unserem Hause fest etablierten Beschwerdemanagement verfügen wir über ein Instrument, über das wir vielfältige Rückkopplungen durch unsere gesamten Kundengruppen erhalten. Im Vordergrund des Beschwerdemanagements steht die schnelle und zufriedenstellende Bearbeitung von eingehenden Beschwerden unserer Patienten. Ziel ist die Sicherstellung einer hohen Patientenzufriedenheit.

#### ***Critical Incident Reporting System (CIRS)***

Seit Anfang 2013 ist im Klinikum Itzehoe ein CIRS-System etabliert, welches den Mitarbeitern des Hauses ermöglicht, kritische Situationen bzw. Beinahefehler anonym zu melden. Ein interdisziplinäres CIRS-Team bearbeitet diese Meldungen und erarbeitet Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Behandlungsprozesse, damit derartige kritische Situation künftig vermieden werden können.

### ***Vielfältige interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, z.B.:***

- Sturzprophylaxe
- Dekubitusprophylaxe
- Interdisziplinäre M&M-Konferenzen

### ***Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Kooperationspartner zum Vorteil der Patientenversorgung:***

- Entlassungsmanagement
- Mitglied des 6K-Verbundes
- Diverse Zertifizierungen verschiedenster Bereiche des Klinikums im Hinblick auf die fachliche Leistung und/oder Anforderungen an das Qualitätsmanagementsystem

#### D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Das Klinikum Itzehoe steht in der Trägerschaft des Zweckverbandes des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe. Die Verantwortlichkeiten, Aufgabenbereiche und Führungsstrukturen sind im Geschäftsverteilungsplan des Klinikums festgeschrieben. Der Geschäftsverteilungsplan, wie auch weitere interne Regelungen (Dienstanweisungen, Verfahrensanweisungen) stehen den Mitarbeitern elektronisch zur Verfügung.

#### D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Mitarbeiterorientierung und -beteiligung stellen wir u.a. sicher durch:

- Ausbau eines attraktiven Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebotes
- Betriebskindergarten
- Ein Betrieblichen Vorschlagswesens (BVW)
- Mitarbeitergespräche (Zielvereinbarung)
- Einarbeitungskonzepte
- Einführungstage für neue Mitarbeiter
- Mitarbeiterbefragung

#### D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit, bei gleichzeitig optimaler Patientenversorgung, ist ein übergeordnetes Ziel des Klinikums Itzehoe. Eine strukturierte Budgetplanung wird für alle Bereiche erstellt und gibt den Rahmen für ein wirtschaftliches Handeln vor.

Mit der kooperativen Zusammenarbeit der 6K-Verbundkrankenhäuser (Klinikum und Seniorenzentrum Itzehoe, Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide, Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster, Klinikum Bad Bramstedt, der imland gGmbH und dem Städtischen Krankenhaus Kiel) gewährleisten wir moderne und leistungsfähige medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein, nicht nur im Verbund, sondern auch insbesondere in unserem Klinikum.

Mit der Kooperation entsprechen wir den Anforderungen der Krankenkassen und senken die Kosten, ohne die Qualität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in unseren Häusern zu vermindern. Die Ergebnisse dieses krankenhausesübergreifenden Erfahrungsaustausches und der Vernetzung von Leistungsangeboten und Ressourcen

führen in vielen Bereichen unseres Verbundes dazu, dass umfassende Qualitätsverbesserungen erzielt werden, die direkt dem Patienten zugute kommen.

#### D-1.2.5 Prozessorientierung

Ständige Prozessoptimierungen sind mit zunehmendem Kostendruck und sich ständig ändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen immer bedeutender, um Prozesse kostenbewusst und effektiv zu steuern.

#### D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Die Qualitätsziele orientieren sich an den Unternehmensgrundsätzen und den politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Durch eine strukturierte Projektplanung mit definierten Maßnahmenplänen, Zuständigkeiten und Zeitvorgaben stellen wir sicher, dass Ziele erreicht werden und evaluierbar sind.

#### D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

In unserem Klinikum nutzen wir verschiedene Werkzeuge zur Fehlervermeidung und dem Umgang mit Fehlern.

Hierzu zählen unter anderem:

- Beschwerdemanagement
- interne Audits
- externe Audits im Rahmen von Zertifizierungen
- Arbeitssicherheitsbegehungen
- Hygienebegehungen
- CIRS (critical incident reporting system) zur Meldung von kritischen Situationen und Beinahefehlern
- anonymisiertes Verfahren zum Umgang mit Fehlern
- Risikomanagement für klinische Risiken
- Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Nutzung von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen (u.a. Verfahren zur Prävention von Eingriffsverwechslungen)
- EDV-gestützte Plausibilitätskontrolle bei Medikamentenbestellungen und -anordnungen

#### D-1.2.8 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden erworbene Informationen in unserem Klinikum dazu genutzt, Maßnahmen zur Prozessoptimierung einzuleiten.

Als Informationsquellen dienen unter anderem:

- Auswertungen aus dem Beschwerdemanagement
- Ergebnisse aus Kundenbefragungen
- Ergebnisse aus internen und externen Audits
- Ergebnisse aus dem betrieblichen Vorschlagswesen
- Ergebnisse aus internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen

- Ergebnisse aus Qualitätszirkelarbeit
- Ergebnisse aus Fehlersammellisten

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Für die Umsetzung/Kommunikation der Unternehmensgrundsätze bzw. der strategischen Ausrichtung nutzen wir unter anderem folgende Werkzeuge:

- Infobroschüren
- Internet/Intranet
- Besprechungsordnung
- Einführungstage für neue Mitarbeiter
- Darstellung in der Öffentlichkeit

## **D-2 Qualitätsziele**

### D-2.1 strategische/ operative Ziele

Die strategischen Qualitätsziele leiten sich aus den Unternehmensgrundsätzen ab und werden durch den Vorstand festgelegt.

Die operativen Ziele werden von den Führungsverantwortlichen gemeinsam mit den Mitarbeitern entwickelt und u.a. in Zielvereinbarungsgesprächen festgeschrieben.

### D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Die operativen Ziele werden u.a. in den wiederkehrenden Zielvereinbarungsgesprächen anhand der zurückliegenden Zielplanungen besprochen und evaluiert. Bei Bedarf bzw. Zielabweichung werden Planungskorrekturen vorgenommen.

### D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

Die Kommunikation der strategischen Qualitätsziele erfolgt durch den Vorstand. Hierzu dienen unter anderem:

- Führungskonferenzen
- Abteilungsleitungsbesprechungen
- Chefarztsitzungen
- Pflegebereichsleitungssitzungen
- Verbandsversammlungen
- Personalversammlungen
- Veröffentlichungen im Dokumentenmanagementsystem
- Rundschreiben

Die Kommunikation der operativen Qualitätsziele erfolgt durch die Bereichsverantwortlichen. Hierzu dienen in erster Linie Besprechungen, die über eine klare Besprechungsordnung geregelt sind.

Entsprechende Ergebnisprotokolle werden erstellt und auch den nicht anwesenden Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

### **D-3            **Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements****

Die stetig steigenden Anforderungen der Patienten, der zunehmende Wettbewerbsdruck, die knapperen Ressourcen, die Anforderungen der Kostenträger sowie die gesetzlichen Anforderungen des SGB V waren die Gründe dafür, bereits im Jahr 2000 ein Qualitätsmanagement (QM) einzurichten und mit entsprechenden Ressourcen auszustatten.

Das Qualitätsmanagement und klinische Risikomanagement in unserem Hause ist mit 5 Mitarbeitern - zum Teil in Teilzeit - besetzt. Die Qualitätsmanager verfügen über ein Studium im Bereich Gesundheitswesen, Betriebswirtschaftslehre und Ingenieurwissenschaften sowie über vielfältige fachspezifische Aus-, Fort- und Weiterbildungen, welches ein solides Fachwissen garantiert. Organisatorisch ist das Qualitätsmanagement und klinische Risikomanagement als Stabsabteilung dem Vorstand zugeordnet.

Zu den wesentlichen Aufgaben des Qualitätsmanagements gehören:

- Bearbeitung von qualitätsrelevanten Fragestellungen
- Betreuung von Arbeitsgruppen und Qualitätsprojekten/ Projektmanagement
- Durchführung und Auswertung von Befragungen
- Begleitung organisatorischer Veränderungen (Optimierung von Abläufen)
- Erstellung Qualitätsberichte
- Koordinierung der externen verpflichtenden Qualitätssicherung
- Betreuung des Beschwerdemanagements
- Bearbeitung von Schadens- und Verlustfällen
- Unterstützung bei der Einrichtung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen in Teilbereichen des Klinikums
- Vorbereitung, Planung und Koordination von externen Audits in den zertifizierten Bereich des Klinikums
- Externe Zusammenarbeit mit den Qualitätsmanagern der Kooperationskrankenhäuser

Die strategische Ausrichtung des Qualitätsmanagements ist Führungsaufgabe und wird vom Vorstand des Klinikums festgelegt. Sie orientiert sich an unseren Unternehmensgrundsätzen, den Patientenanforderungen und den gesetzlichen Verpflichtungen und deren Auswirkungen für unser Klinikum. Es werden im Rahmen der jährlichen Zielvereinbarungsgespräche gemeinsame Vereinbarungen über konkrete Ziele und geplante Projekte getroffen, regelmäßig mit dem Vorstand abgestimmt und auf die aktuellen Anforderungen bzw. gesetzlichen Forderungen angepasst.

Darüber hinaus führt das Qualitätsmanagement auf Anfrage aus den Abteilungen bzw. Kliniken sowie auf eigene Initiative Projekte zu verschiedenen Fragestellungen durch, bzw. unterstützt die Kliniken bei deren Durchführung.

Eine Einbindung der einzelnen Krankenhausbereiche erfolgt in erster Linie durch die Einbindung in Projektgruppenarbeit. Vom Vorstand genehmigte Projekte, die einen Bezug für alle Bereiche des Klinikums haben, werden in der Regel berufsübergreifend, interdisziplinär und hierarchieübergreifend von Projektgruppen bearbeitet, die sich entsprechend der Themenanforderung neu zusammensetzen. Hierbei wird der Personalrat stets eng miteingebunden.

Die Information der betroffenen Krankenhausbereiche zu den jeweiligen Entwicklungsständen der Projekte erfolgt über die Besprechungsordnung, über Protokolle

sowie über das Einstellen der Ergebnisse im Intranet. Bei Bedarf gibt es gesonderte Präsentationen in einzelnen Klinikbereichen.

Die Mitarbeiter des QM bieten im Rahmen der „Innerbetrieblichen Fortbildung“ wiederkehrende Schulungen zum Thema Qualitätsmanagement an, um den Qualitätsmanagementgedanken im Hause kontinuierlich zu multiplizieren. Des Weiteren werden Mitarbeiter/innen aus verschiedenen Bereichen zu qualitätsbezogenen Schulungen und Weiterbildungen eingeladen.

Im medizinischen und pflegerischen Bereich werden Qualitätsbeauftragte durch den jeweiligen Chefarzt bzw. Pflegebereichsleitung benannt und extern ausgebildet.

Mehrere Ärzte im Gesamtklinikum verfügen über die Zusatzqualifikation „Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer.

## **D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements**

Instrumente des Qualitätsmanagements sind kontinuierlich eingesetzte Prozesse zur Messung und Verbesserung der Qualität. In unserer Klinik nutzen wir unterschiedlichste Instrumente des Qualitätsmanagements, wie z.B.:

- Erhebungen zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards in der Pflege
- Beschwerdemanagement
- Fehler- und klinisches Risikomanagement
- externe Qualitätssicherung
- Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin (IQM)
- CIRS-System
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- Maßnahmen zur Patienteninformation und -aufklärung
- Enge Zusammenarbeit mit Einweisern und Kooperationspartnern
- interne Audits
- externe Audits
- Begehungen (z.B. Arbeitsschutz, Hygiene, Apotheke, Gesundheitsamt)
- Hygienemanagement (MRSA, verschiedene KISS)
- antibiotic stewardship
- Qualitätszirkelarbeit (intern, extern, interdisziplinär sowie 6K-weit)



## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

QM-Projekte sind einmalige, zeitlich begrenzte Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen. Sie können sowohl für das gesamte Klinikum als auch für einzelne Fachabteilungen durchgeführt werden.

Folgende Projekte wurden unter anderem im Verfahrensjahr 2018 begonnen bzw. umgesetzt:

- Umsetzung eines Systems zur strukturierten Dokumentenlenkung
- Etablierung eines klinischen Risikomanagements
- Ausrollen eines strukturierten Einarbeitungskonzepts
- Erweiterung des Geltungsbereiches der DIN EN ISO 9001:2015 Zertifizierung

Erfolgte externe Audits:

- in der Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Perinatalzentrum, Medizinische Klinik (Abteilung für Gastroenterologie und Endoskopie, Onkologische Tagesklinik) und die angeschlossenen Funktionsbereiche OP, Zentralen Sterilgut Versorgungs Abteilung ZSVA, Patientenmanagement und die Abteilung für Qualitäts- und klinisches Risikomanagement (Basis DIN EN ISO 9001:2015)
- in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule (Basis DIN EN ISO 9001:2015)
- im Darmzentrum ( fachliche Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.)
- im Holsteinischen Brustzentrums (Basis DIN EN ISO 9001:2015; fachliche Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.)
- im Endoprothetikzentrum - Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- im Gynäkologisches Krebszentrum ( fachliche Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.)
- Erstzertifizierung zum Kontinenz- und Beckenbodenzentrum ( fachliche Anforderungen der Deutschen Kontinenzgesellschaft e.V.)

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Die Bewertung des Qualitätsmanagement erfolgte u.a. durch folgende Maßnahmen:

- externe Begutachtungen im Rahmen von Zertifizierungen auf der Basis der DIN EN ISO 9001:2015:

in jährlich wiederkehrenden externen Begutachtungen werden die Anforderungen an die QM-Systeme sowie zusätzlich u.a. auch die fachlichen Anforderungen der einzelnen Fachgesellschaften überprüft. Sowohl der TÜV Süd als auch die Prüfer der Fachgesellschaften bescheinigten uns, dass in allen Bereichen sowohl die Anforderungen der jeweiligen Fachgesellschaften als auch die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem erfüllt sind bzw. sich positiv weiterentwickelt haben.

- Durchführung interner Audits
- Interdisziplinärer Austausch im Rahmen von regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln
- Auswertung des Beschwerdemanagement:

Eingehende Beschwerden werden kontinuierlich erfasst, zeitnah bearbeitet und hinsichtlich Verbesserungspotentials ausgewertet. Die Auswertungen werden dem Vorstand vorgestellt.

- Analyse der Ergebnisse aus Kundenbefragungen
- Auswertung und Analyse von eingegangenen CIRS-Meldungen
- Durchführung von Managementreviews
- Darstellung und Analyse von Kennzahlen (externe QS und IQM)