



Israelitisches Krankenhaus
Orchideenstieg 14
22297 Hamburg

Tel 040-51125-0
Fax 040-51125-6021
eMail info@ik-h.de

Strukturierter Qualitätsbericht *für das Berichtsjahr 2004*

für das Krankenhaus Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Version 1.8

31. August 2005

Herausgeber:

Direktorium Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

Inhaltsverzeichnis

Basisteil	6
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	6
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	6
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	6
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	6
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	6
A- 1.7A Fachabteilungen	7
A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG	8
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	9
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	9
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	9
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	10
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	10
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	10
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	11
B-1.1 Name der Fachabteilung: Allgemeine Chirurgie	11
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	11
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	11
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	11
B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie	12
B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie im Berichtsjahr	12
B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie im Berichtsjahr	13
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	15

B-1.1	Name der Fachabteilung: Innere Medizin	15
B-1.2	Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	15
B-1.3	Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	15
B-1.4	Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	15
B-1.5	Mindestens die Top-10 DRG der Fachabteilung Innere Medizin	16
B-1.6	Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung Innere Medizin im Berichtsjahr	17
B-1.7	Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung Innere Medizin im Berichtsjahr	18
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	19
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	19
B-2.2	Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen	19
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	19
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	20
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	20
C	Qualitätssicherung	21
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	21
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	22
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	22
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	24
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	25
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	28
	Systemteil	29
D	Qualitätspolitik	29
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	29
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	29
E-2	Qualitätsbewertung	30
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	31

F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	33
G	Weitergehende Informationen	36

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Orchideenstieg 14

PLZ und Ort: 22297 Hamburg

Postfach: 601160

Postfach, PLZ und Ort: 22211 Hamburg

E-Mail-Adresse: info@ik-h.de

Internetadresse: www.ik-h.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260200284

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Stiftung Israelitisches Krankenhaus in Hamburg

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: Ja

A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 205

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 5854

Ambulante Patienten: 2749

A- 1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
0100	Innere Medizin	122	3.330	HA	ja
1500	Allgemeine Chirurgie	83	2.524	HA	ja

Das Israelitische Krankenhaus verfügt über eine moderne Anästhesie sowie über eine interdisziplinäre Intensivstation. Diese kann aber in der hier vorgegebenen Auflistungssystematik der kodierten Fachabteilungen nicht aufgeführt werden.

A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G48	Erkrankungen der Verdauungsorgane mit Spiegelungen des Dickdarmes inklusive komplexer Behandlungen	833
2	G09	Leisten- und Schenkelbruchoperationen	363
3	G02	Große Eingriffe am Dünn- und Dickdarm	318
4	H08	Gallenblasenentfernung in Bauchspiegeltechnik (MIC)	293
5	G49	Erkrankungen der Verdauungsorgane mit Magenspiegelung und/oder Dickdarmspiegelungen	278
6	G03	Operationen an Magen, Speiseröhre und/oder Zwölffingerdarm	260
7	G60	Bösartige Erkrankungen der Verdauungsorgane	238
8	G47	Schweren Erkrankungen d. Verdauungsorgane mit Magenspiegelung	189
9	K10	Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	187
10	G50	Erkrankungen des Verdauungstrakts mit Magenspiegelung	174
11	H42	Erkrankungen von Gallenwegen und Bauchspeicheldrüse mit endoskopischer Therapie (ERCP)	145
12	G08	Nabel- und Bauchwandbruchoperationen	142
13	G67	Entzündungen am Magendarmtrakt	121
14	G01	(Teil-) Entfernung des Enddarms bei Tumoren	105
15	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	90
16	G11	Eingriffe am Anus (Hämorrhoiden, Abszess/Fistel)	87
17	H41	Erkrankungen von Gallenwegen und Bauchspeicheldrüse mit aufwändiger endoskopischer Therapie (ERCP)	81
18	H61	Bösartige Erkrankungen der Leber, Gallenwege oder Bauchspeicheldrüse	79
19	G13	Sonstige Darmoperationen und/oder Ausleitung des Dünndarms auf die Körperoberfläche (z. B. Anus Praeter / künstlicher Darmausgang)	66
20	R61	Lymphome (Lymphknotentumore) und nicht akute Leukämie	64
21	E62	Entzündungen und Infektion der Atemwege	61
22	Q61	Krankheiten der roten Blutkörperchen (z.B. Blutarmut)	58
23	R62	Sonstige bösartige Erkrankungen (Blutkrebserkrankungen, solide Krebserkrankungen)	51
24	G07	Blinddarmentfernung	49
25	Z62	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	49
26	F20	Operationen bei Krampfadern (Varizen)	44
27	H63	Lebererkrankungen außer Tumoren, Leberzirrhose und (alkoholischer) Leberentzündungen	41
28	G46	Schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit komplexer therapeutischer Magenspiegelung	39
29	F67	Bluthochdruck	38
30	G12	Sonstige Operationen an den Verdauungsorganen (z. B. Spiegelung des Bauchraums = Laparoskopie)	37

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

Fachübergreifende Behandlung von Erkrankungen des Bauchraumes (Chirurgie & Gastroenterologie sowie Grundlagenforschung)

Fachübergreifende Tumorthherapie (Chirurgie, Innere Medizin, amb. Onkologie und Strahlentherapie)

Ambulant-stationäres Versorgungszentrum in Kooperation mit ambulanter Neurologie und interventioneller Kardiologie

Eingehende Informationen zu den Versorgungsschwerpunkten und Leistungsangeboten finden Sie im Internet unter www.ik-h.de.

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulantes Operieren: Portimplantationen, Portexplantationen, Bruchoperationen, Krampfaderoperationen, Dickdarmspiegelung

Ambulante Endoskopie (kassenärztliche Ermächtigung): therapeutische Endoskopie, Endosonografie, diagnostische und therapeutische Gallengangsintervention

Ambulante Diagnostik in am Hause angesiedelten Praxen: Kardiologie (u.a. Linksherzkatheter), Neurologie, Radiologie

Ambulante privatärztliche Sprechstunden

A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgnossenschaft?

nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie	X ₁		X ₁	
Magnetresonanztomographie (MRT)	X ₁		X ₁	
Herzkatheterlabor	X ₁		X ₁	
Szintigraphie		X		
Positronenemissionstomographie (PET)		X		
Elektroenzephalogramm (EEG)	X ₁			X
Angiographie	X ₁			X
Schlaflabor		X		
Echokardiographie (auch transösophageal)	X		X	
Endosonographie (inkl. Punktionen)	X			X
(Doppelballon-) Dünndarmendoskopie	X			X
Kapselendoskopie	X			X
Dünndarmmanometrie	X			X
Kontrast-Sonographie und Gefäßduplex	X			X
X ₁ ist über Kooperation gesichert				

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	X	
Dialyse	X ₁	
Logopädie		X
Ergotherapie		X
Schmerztherapie	X	
Eigenblutspende	X	
Gruppenpsychotherapie		X
Einzelpsychotherapie	X	
Psychoedukation		X
Thrombolyse	X	
Bestrahlung	X ₁	
therapeutische Endoskopie	X	
Radiofrequenzablation bei Lebermetastasen	X	
Herzschrittmacher	X	
Intensivmedizin	X	
Ästhetische Chirurgie	X	
X ₁ ist über Kooperation gesichert		

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung: Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Bauch-/Eingeweidechirurgie

Operation von Bauchwandbrüchen (z. B. Leistenbruch)

Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse

Operationen von Weichteiltumoren

Brustkorbchirurgie

Operationen von Krampfadern

Ästhetische Chirurgie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Operation von Bauchwandbrüchen

Schilddrüsenoperationen

Operationen in Bauchspiegeltechnik (minimal invasive Operation)

Sarkomchirurgie

Tumorchirurgie

Anti-Reflux-Chirurgie (laparoskopische Fundoplikatio)

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Prä- und poststationäre Sprechstunde

Ambulante Operationen (z. B. Krampfadern und Port)

Interdisziplinäre onkologische Konferenz

Stomatherapie (individuelle Betreuung und Beratung von Patienten mit künstlichem Darmausgang)

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G09	Leisten- und Schenkelbruchoperationen	363
2	G02	Große Eingriffe am Dünn- und Dickdarm	309
3	H08	Gallenblasenentfernung in Bauchspiegeltechnik (MIC)	293
4	G03	Operationen an Magen, Speiseröhre und/oder Zwölffingerdarm	260
5	K10	Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüse	187
6	G08	Nabel- und Bauchwandbruchoperationen	141
7	G01	(Teil-) Entfernung des Enddarms bei Tumoren	105
8	G11	Eingriffe am Anus (Hämorrhoiden, Abszess/Fistel)	80
9	G48	Erkrankungen der Verdauungsorgane mit Spiegelungen des Dickdarmes inkl. komplexer Behandlungen	70
10	G07	Blinddarmentfernung	48

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie im Berichtsjahr

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodier Richtlinien.

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	K40	Leistenbruch	397
2	K80	Gallenblasensteinleiden	289
3	K21	Refluxkrankheit der Speiseröhre einschließlich Folgeerkrankungen	212
4	K57	Divertikelkrankheit und Komplikationen (z. B. Divertikulitis)	160
5	E04	Schilddrüsenerkrankung (Kropf)	147
6	C18	Dickdarmkrebs	130
7	C20	Enddarmkrebs	115
8	K43	Bauchdeckenbruch	78
9	C16	Magenkrebs	50
10	K56	Darmverschluss	46
11	I 83	Krampfadern	45
12	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes, z. B. Perforation (Durchbruch)	40
13	E05	Schilddrüsenüberfunktion	38
14	K60	Fistel am Darmausgang	37
15	I 84	Hämorrhoiden	37
16	K35	Entzündung des Wurmfortsatzes (Blinddarmrentzündung)	34
17	K42	Nabelbruch	33
18	C49	bösartige Weichteiltumore (Weichteilsarkome)	32

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie im Berichtsjahr

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-530	Verschluss einer Leistenhernie	506
2	8-831	Legen, Wechseln und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	436
3	8-931	kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	422
4	5-572	Anlegen einer künstlichen Blasenfistel (offen chirurgisch oder durch Einführen einer Punktionskanüle)	404
5	5-511	Gallenblasenentfernung	343
6	8-910	Legen eines Katheters in den Epiduralraum zwecks Schmerztherapie	321
7	5-455	Teilentnahme des Dickdarms	296
8	5-448	minimal invasive Anti-Reflux Operation	197
9	5-062	Schilddrüsenresektion	183
10	8-800	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen und/oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen	136
11	8-930	kontinuierliche elektronische Überwachung (über Bildschirm) von Atmung, Herz und Kreislauf	101
12	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	88
13	5-484	Rektumentfernung unter Erhalt des Schließmuskels	85
14	5-541	Eröffnung des Bauchraums und Spülung	78
15	5-534	Verschluss eines Nabelbruchs	70
16	5-469	Adhäsiolyse (Verwachsungslösung)	57
17	5-470	Bilddarmentfernungen	52
18	5-385	Entfernung von Krampfadern	49
19	1-634	Spiegelung des Zwölffingerdarms	47
20	5-894	Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	40
21	1-650	Dickdarmspiegelung	39
22	8-176	Therapeutische Spülung des Bauchraumes bei liegender Drainage	39
23	5-852	Herausschneiden von Muskel, Sehne und/oder Bindegewebshaut	39
24	8-810	Transfusion von Blutplasma, Blutplasmabestandteilen und/oder gentechnisch hergestellten Plasmaeiweißen	35
25	8-718	Maschinelle Beatmung von 1h bis 264 h	35
26	5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen künstlichen Darmausganges	35
27	5-490	Einschneiden oder Herausschneiden von Gewebe der Region um den Darmausgang	35

28	5-399	Sonstige Operationen an Blutgefäßen (z. B. Einführung eines Katheters in ein Blutgefäß; Implantation von venösen Katheterverweilsystemen zur Chemotherapie/Schmerztherapie)	34
29	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden (z. B. Abbinden, Veröden, Herausschneiden)	34
30	5-437	Entfernung des Magens	30
31	5-454	Entfernung von Teilen des Dünndarms	29
32	1-694	Spiegelung des Bauchraums und seiner Organe	28
33	8-144	Therapeutische Drainage in der Lungenfellhöhle	27
34	5-061	Schilddrüsenentfernung ohne Beteiligung der Nebenschilddrüse	25
35	5-892	Sonstige Operationen mit Einschneiden der Haut und Unterhaut (z.B. Entfernung eines Fremdkörpers, Implantation eines Medikamententrägers)	25
36	5-462	Anlegen eines künstlichen Darmausgangs	24
37	8-900	Narkose über eine intravenöse Infusion von Narkosemitteln	24
38	3-225	Computertomographie des Bauchraums mit Kontrastmittel	23
39	8-701	Einfache Einführung eines kurzen Schlauchs (= Tubus) in die Luftröhre zur Offenhaltung der Atemwege	20
40	5-485	Rektumentfernung ohne Erhalt des Schließmuskels	20
41	5-524	Komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse	19

Wir möchten darauf hinweisen, dass es bei der hier vorgegebenen Ordnungssystematik zu Verzerrungen in der Bedeutung und Häufigkeit von Eingriffen kommt. So gehört das Israelitische Krankenhaus mit 370 Operationen des Dick- und Enddarms sowie mit 56 Operationen bei bösartigen Weichteiltumoren jeweils zu den zahlenmäßig führenden Häusern in Deutschland. Die Dokumentation dieser Eingriffe verteilt sich jedoch auf so viele Prozeduren (OPS-Ziffern), dass sie in der Tabelle nicht transparent abgebildet werden.

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung: Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Medizinische Versorgung auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin

Herz- und Kreislauferkrankungen (inkl. Herzschrittmachertherapie sowie Herzkatheter (in Kooperation))

Lungen- und Atemwegserkrankungen

Hormon- und Stoffwechselstörungen, insbesondere Schilddrüsenerkrankungen

Erkrankungen von Knochen, Gelenken, Bindegewebe und Muskulatur (Rheumatologie, Immunologie)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, von Leber und Bauchspeicheldrüse (Gastroenterologie)

Endoskopische Diagnostik und Therapie (inkl. Gallenwegs- und Pankreasinterventionen, Endosonographie und Doppelballon- Dünndarmendoskopie)

Diagnostik und Behandlung von bösartigen Erkrankungen der Verdauungsorgane (inkl. Radiofrequenzablation bei Lebermetastasen)

Funktionsdiagnostik des Magendarmtraktes

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Prä- und poststationäre Sprechstunde, privatärztliche Ambulanz

Ambulante Operationen (Koloskopie)

Ambulante Behandlung im Rahmen einer kassenärztlichen Ermächtigung für therapeutische Endoskopie, Endosonographie und ERCP

Interdisziplinäre onkologische Konferenz

Physikalische Medizin

Ernährungsberatung

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG der Fachabteilung Innere Medizin

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G48	Erkrankungen der Verdauungsorgane mit Spiegelungen des Dickdarms inkl. komplexer Behandlungen	763
2	G49	Erkrankungen der Verdauungsorgane mit Magenspiegelung und/oder Dickdarmspiegelungen (Kurzlieger)	234
3	G60	Bösartige Erkrankung der Verdauungsorgane	220
4	G47	Schwere Erkrankungen d. Verdauungsorgane mit Magenspiegelung	176
5	H42	Erkrankungen von Gallenwegen und Bauchspeicheldrüse mit endoskopischer Therapie (ERCP)	143
6	G50	Erkrankungen des Verdauungstraktes mit Magenspiegelung	133
7	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	90
8	G67	Entzündungen am Magendarmtrakt	81
9	H41	Erkrankungen von Gallenwegen und Bauchspeicheldrüse mit aufwendiger endoskopischer Therapie (ERCP)	79
10	H61	Bösartige Erkrankung der Leber, Gallenwege oder Bauchspeicheldrüse	74
11	R61	Lymphome (Lymphknotentumore) und nicht akute Leukämie	63
12	E62	Entzündungen und Infektionen der Atemwege	59
13	Q61	Krankheiten der roten Blutkörperchen (z.B. Blutarmut)	58
14	R62	Sonstige bösartige Erkrankungen (Blutkrebserkrankungen, solide Krebserkrankungen)	48
15	Z62	Nachbehandlungen nach abgeschlossener Behandlung	46
16	H63	Lebererkrankungen außer Tumoren, Leberzirrhose und (alkoholischer) Leberentzündungen	41
17	G13	Erkrankungen mit therapeutischen Eingriffen am Darm	40
18	G46	Komplexe therapeutische Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	39
19	F67	Bluthochdruck	38
20	R65	Stationäre Kurzzeitbehandlungen bei bösartigen Erkrankungen	31
21	F71	Herzrhythmusstörungen	27
22	E71	Tumoren der Atmungsorgane	26
23	H60	Leberzirrhose und (alkoholische) Leberentzündung	25
24	E65	Chronische Bronchitis mit Atemwegsspastik	23

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung Innere Medizin im Berichtsjahr

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	K63	Darmkrankheiten (z. B. Darmdurchbruch, Darmpolypen)	323
2	K57	Divertikelkrankheit und Komplikationen (z. B. Divertikulitis)	115
3	C16	Bösartige Erkrankungen des Magens	115
4	C15	Bösartige Erkrankungen des Speiseröhre	104
5	K21	Refluxkrankheit der Speiseröhre einschließlich Folgeerkrankungen	97
6	I50	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz)	96
7	C78	Absiedlungen/Metastasen bösartiger Erkrankungen (v. a. der Verdauungsorgane)	84
8	K22	Andere Speiseröhrenkrankheiten (u.a. Stenose, Krämpfe)	72
9	D37	Unklare Neubildungen (Tumore) der Verdauungsorgane	70
10	K52	Entzündungen an Magen, Dünn- und Dickdarm	68
11	K86	Sonstige chronische Pankreatitis	66
12	K31	Erkrankungen von Magen und Zwölffingerdarm, u.a. Polypen, Angiodysplasien etc.	65
13	K51	Colitis ulcerosa	64
14	K58	Reizdarmsyndrom mit/ohne Durchfälle(n)	61
15	K50	Morbus Crohn	62
16	C25	Pankreaskarzinom	54
17	K29	Magen-/Zwölffingerdarmentzündung	53
18	K59	Motilitätsstörung des Darms	52
19	K56	Darmverschluss oder –stenose	51
20	J18	Lungenentzündung	47
21	K83	nicht bösartige Gallenwegserkrankungen (z. B. eitrige Gallenwegsentzündung, Gallengangsteine)	47
22	Z03	Ausschluss einer bösartiger Neubildung	44
23	C22	Leber- und Gallengangskarzinome	41
24	D12	gutartige Tumoren des Dickdarms	37
25	D50	Eisenmangelanämie	37
26	A04	Entzündung von Dünn- und Dickdarm durch definierte Erreger	36
27	I10	Bluthochdruck	35
28	I48	Vorhofflimmern	31
29	C77	Lymphknotenmetastasen	31
30	C85	Non-Hodgkin-Lymphom	29

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung Innere Medizin im Berichtsjahr

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1-650	Endoskopie (Spiegelung) des Dickdarms	2096
2	1-634	Endoskopie des Zwölffingerdarms	1293
3	1-440	Endoskopische Probenentnahme am oberen Verdauungstrakt, an Gallenwegen oder Bauchspeicheldrüse	1249
4	1-444	Endoskopische Probenentnahme am unteren Verdauungstrakt	1216
5	5-452	Entfernung von Polypen aus dem Dickdarm und Thermodestruktion	935
6	1-632	Endoskopie von Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm	835
7	8-020	Therapeutische Gewebeeinjektionen	489
8	3-056	Endosonographie des Pankreas	319
9	5-513	Endoskopische Eingriffe an den Gallenwegen	305
10	8-800	Übertragung von Blut oder Blutbestandteilen	270
11	8-900	Intravenöse Anästhesie	245
12	5-469	Endoskopische Interventionen an Dünn- und Dickdarm (außer Polypenentfernung)	221
13	3-225	Computertomographie des Bauchraums mit Kontrastmittel	221
14	5-429	Endoskopische Interventionen an der Speiseröhre	215
15	8-542	Chemotherapie (nicht komplex)	177
16	3-055	Endosonographie der Gallenwege	147
17	8-543	Chemotherapie (mittelgradig komplex und intensiv)	118
18	1-313	Bewegungsmessung der Speiseröhre (Ösophagusmanometrie)	112
19	3-222	Computertomographie des Brustraumes mit Kontrastmittel	105
20	8-831	Zentralvenöse Katheter	103
21	3-058	Endosonographie des Enddarms	101
22	1-316	24-Stunden-Säuremessung in der Speiseröhre	97
23	3-053	Endosonographie des Magens	87
24	1-642	Endoskopische, retrograde Darstellung von Gallen- und Bauchspeicheldrüsengängen	80
25	5-433	Endoskopische Entfernung oder (Thermo-) Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	78
26	3-200	Computertomographie des Kopfes	65
27	5-422	Endoskopische Entfernung oder (Thermo-) Destruktion von erkranktem Gewebe der Speiseröhre	62
28	1-640	Endoskopische, retrograde Darstellung der Gallengänge	55
29	1-442	Endosonographische Punktion an der Bauchspeicheldrüse	56
30	5-529	Endoskopische Interventionen an der Bauchspeicheldrüse	52

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 205

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM-Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	764	Dickdarmspiegelung (Koloskopie)	107
2	2821	Operative Anlage eines Venenverweilkatheters (Port)	39
3	2820	Entfernung von oberflächlichen Krampfadern (Venae-sectio)	21
4	2862	Entfernung von tiefen Krampfadern (Crossektomie)	18
5	2621	Operation eines Nabel-/Mittellinie-/Narbenbruchs	9

Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden ist, erfolgt die Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	nicht vorhanden
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	nicht vorhanden
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	nicht vorhanden

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	22	14	8
0600	Endokrinologie			1
0700	Gastroenterologie		6	3
0900	Rheumatologie			1
1500	Allgemeine Chirurgie	12	6	6
2800	Neurologie			
3700	Sonstige Fachabteilung	6		6

Die hier unter „Sonstigen Fachabteilungen“ angeführten Ärzte sind Fachärzte für Anästhesie der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 2

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflegehelfer/-in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin	94	89	10	5
1500	Allgemeine Chirurgie	81	77	9	4
3600	Intensivmedizin			16	
	Gesamt	175	166	35	9

Eine zahlenmäßige Trennung der Fachgebiete ist durch den interdisziplinären Einsatz nicht immer möglich.

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

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

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie						
2	Cholezystektomie	x		x		87,5	100,00
3	Gynäkologische Operationen	x		x		64,7	94,65
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	x		x		93,3	95,48
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	x		x		100,00	100,00
6	Herzschrittmacher-Revision						
7	Herztransplantation						
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)						
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel						
10	Karotis-Rekonstruktion						
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)						
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel						
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie						
14	Koronarangiografie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)						
15	Koronarchirurgie						
16	Mammachirurgie	x		x		33,3	91,68
17	Perinatalmedizin						
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	x		x		97,2	
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	x		x		100,00	
20	Gesamt	7		7		82,3	

C-2 *Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V*

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet erst im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 *Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)*

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart:

- x Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Modul 12/3 Leistenbruchoperationen Dokumentationsrate: 97,2 %

Anästhesiologie Dokumentationsrate: 99,6 %

Seit annähernd zehn Jahren nimmt die Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin an dem externen Qualitätssicherungsverfahren der Hamburger Anästhesieabteilungen teil. Die jährliche Auswertung der eingesandten anonymisierten Narkosedaten erlaubt einen Vergleich mit den anderen Hamburger Anästhesieabteilungen und zeigt evtl. Schwachpunkte der eigenen Abteilung auf. Als Beispiel sind nachfolgend zwei Aspekte aus der Gesamtheit der Ergebnisse für 2004 dargestellt. Ein Schwerpunkt dieser Daten liegt bei den sog. Anästhesiologischen Verlaufsbeobachtungen (AVB). Hier werden im Verlauf und nach der Narkose unerwartete Probleme dokumentiert und deren Schweregrad bestimmt. Schweregrad 1 und 2 verlaufen ohne spezielle weitere Maßnahmen, während die Schweregrade 3, 4 und 5 eine längere Verweildauer im Aufwachraum oder eine Behandlung auf der Intensivstation erforderlich machen.

In der Tabelle AVB-Inzidenz sind die anästhesiologischen Verlaufsbeobachtungen des IK im Vergleich zum Durchschnitt aller Hamburger Anästhesieabteilungen für verschiedene Narkoseverfahren dargestellt.

Narkoseart	Krankenhaus		Gesamt	
	AVB *	AVB > 2 **	AVB *	AVB > 2 **
Balancierte Narkosen	251 / 1.656	14 / 1656	3.982 / 19.843	441 / 19.843
	15,2 %	0,8 %	20,1 %	2,2 %
TIVA	114 / 711	16 / 711	6.579 / 77.634	625 / 77.634
	16,0 %	2,2 %	8,5 %	0,8 %

Intubation	325 / 2.076	27 / 2.076	12.889 / 84.499	1.515 / 84.499
	15,7 %	1,3 %	15,3 %	1,8 %
Rückenmarksnahe Anästhesien	55 / 360	5 / 360	3.717 / 23.017	294 / 23.017
	15,3 %	1,4 %	16,1 %	1,3 %
Kinderanästhesien	2 / 8	0 / 8	1.355 / 23.463	170 / 23.463
	25,0 %	0,0 %	5,8 %	0,7 %

* alle Schweregrade ** Schweregrade > 2

Der Tabelle Referenzbereiche für AVB-Raten ist zu entnehmen, dass die Anzahl der AVB bei den unterschiedlichen Risikogruppen (ASA) im Referenzbereich bzw. darunter liegt. Die Risikogruppierung nach ASA ist graduell unterteilt. ASA 1 umfasst Patienten mit keinerlei Vorerkrankungen; ASA 4 schließt Patienten ein, die wahrscheinlich innerhalb der nächsten 24 Stunden versterben, wenn keine medizinische Intervention stattfindet.

	Fälle	AVB		AVB Relevanz > 2		Referenzbereich bei AVB-Rel. > 2	Abweichung
		Anzahl	%	Anzahl	%		
ASA 1	374	59 / 374	15,8 %	4 / 374	1,1 %	0,4 - 1,2 %	●
ASA 2	1.609	247 / 1.609	15,4 %	12 / 1.609	0,7 %	1,4 - 4,5 %	▼
ASA 3	415	64 / 415	15,4 %	9 / 415	2,2 %	2,8 - 12 %	▼
ASA 4	52	8 / 52	15,4 %	6 / 52	11,5 %	> 8 %	●

Das Krankenhaus erfüllt die Kriterien für den Referenzpool

* Abweichungen vom Referenzbereich:

- ▲ mehr AVB
- ▼ weniger AVB
- AVB im Referenzbereich

C-4 *Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)*

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

In dem Leistungsspektrum des Krankenhauses sind keine DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

**C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung
nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V**

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Oesophagus		5/5	ja			
	5-420.00		ja			
	5-420.01		ja			
	5-420.10		ja			
	5-420.11		ja			
	5-423.0					
	5-423.1					
	5-423.2					
	5-423.3					
	5-423.x					
	5-423.y					
	5-424.0		ja			
	5-424.1		ja			
	5-424.2		ja	1	0/1	0
	5-424.x		ja			
	5-424.y		ja			
	5-425.0					
	5-425.1					
	5-425.2					
	5-425.x					
	5-425.y					
	5-426.0**		ja	3	2/1	1 ¹
	5-426.1**		ja	2	1/1	0
	5-426.2**		ja	8	6/2	2 ¹
	5-426.x**		ja	1	0/1	0
	5-426.y		ja			
	5-427.0**		ja			
	5-427.1**		ja			
	5-427.2**		ja			
	5-427.x**		ja			
	5-427.y		ja			
	5-429.2		ja			
	5-438.0**		ja			
	5-438.1**		ja			
	5-438.x**		ja			

¹Bei insgesamt 3 Patienten traten 2 Anastomoseninsuffizienzen und 2 Recurrenzparenen auf.

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas		5/5	ja			
	5-521.0		ja	1	1/0/0/0	0
	5-521.1		ja			
	5-521.2		ja			
	5-523.2		ja	1	0/0/0/1 ¹	0
	5-523.x		ja			
	5-524		ja			
	5-524.0		ja	7	4/0/2 ¹ /1 ¹	2 ²
	5-524.1		ja	7	3/2/2 ¹ /0	2 ²
	5-524.2		ja	5	1/3/1 ¹ /0	1 ²
	5-524.3		ja			
	5-524.x		ja			
	5-525.0		ja			
	5-525.1		ja			
	5-525.2		ja			
	5-525.3					
5-525.4						
5-525.x			ja			
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]				
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					
	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-511.50					
	5-411.51					
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.21					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-808.x					
	8-805.y					

¹Bei den 7 hier gekennzeichneten Operationen wurde die 1. Assistenz von einem der Chirurgen durchgeführt, die selbst 9 bzw. 5 Operationen durchgeführt haben.

²Es handelt sich um einen aberrierenden Gallengang im Leberbett nach Cholezystektomie und in 4 Fällen um Pankreasfisteln, von der eine reoperiert wurde.

--

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

C-5.2 *Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V*

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der oben aufgeführten Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Systemteil

D Qualitätspolitik

„Menschenliebe ist die Krone aller Tugenden“ war Leitmotiv Salomon Heines, der im Jahre 1839 das Israelitische Krankenhaus in Hamburg gestiftet hat. Auftrag des Stifters war die Schaffung und Führung eines modernen Krankenhauses für alle Bürger Hamburgs im Dienste am Kranken, unabhängig von Religion, Rasse oder Nationalität. Bis zum heutigen Tag fühlen sich Stiftungskuratorium, Krankenhausleitung und die Mitarbeiter in allen Bereichen Leitmotiv und Auftrag fest verbunden.

Leitmotiv, Erfüllung des heutigen Versorgungsauftrags und Einbeziehung der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitswesens bestimmen die Zielplanung des Israelitischen Krankenhauses, an dem alle Berufsgruppen und das Trägerkuratorium beteiligt sind. Die medizinische und pflegerische Behandlung soll höchstes fachliches - auch spezialisiertes - Wissen unter Beachtung wissenschaftlicher Entwicklungen und unter Beibehaltung der für die Heilung wesentlichen Aspekte der menschlichen Zuwendung gewährleisten.

1998 wurde am Israelitischen Krankenhaus die interdisziplinär zusammengesetzte Qualitätskommission gegründet, deren primäre Aufgabe die Anregung und Einbeziehung der Mitarbeiter zur Entwicklung und Durchführung von Qualitätsprojekten ist. Das Qualitätsmanagement versteht sich insofern als Dienstleistung innerhalb des Krankenhauses, die die qualitätsorientierte Arbeit der Mitarbeiter unterstützt.

Qualitätsziele werden als Teil der täglichen Arbeit von den Abteilungsleitenden und den für die Teilbereiche zuständigen Mitarbeitern verantwortlich definiert und in der interdisziplinären Zusammenarbeit umgesetzt. Einen besonderen Stellenwert nimmt hierbei die Beachtung des Leitsatzes und der zukunftsorientierten Aufgabenstellung des Krankenhauses ein.

Weitere Informationen über unser Qualitätsmanagement finden Sie auf unserer Homepage www.ik-h.de.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Die Qualitätskommission ist zusammengesetzt aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen unterschiedlicher hierarchischer Ebenen: Pflegedirektion, Arzt in leitender Funktion, Facharzt, Assistenzarzt, Pflegekraft der Station, Controller. Alle Mitarbeiter der Qualitätskommission – auch der Leiter – sind bewusst in ihrem täglichen Arbeitsfeld verblieben, um die Integration des Qualitätsmanagements im Klinikalltag zu gewährleisten. Der Leiter der Qualitätskommission nimmt an den monatlichen Sitzungen der Krankenhausleitung teil und berichtet regelmäßig über die Arbeit der Kommission.

Das Qualitätsmanagement soll die Krankenhauszielvorgabe einer hochqualitativen Medizin und Pflege unter Beachtung des Krankenhausleitsatzes unterstützen. Instrumente für Projekte in Arbeitsgruppen und Kommissionen sind Ursachen- und Ablaufanalysen, Fragebögen, Checklisten, Fehleranalysen u. a. Für bestimmte wesentliche Bereiche sind

dauerhafte Qualitätszirkel eingerichtet (Pflege, Hygiene, Transfusionsmedizin, Arbeitsschutz etc.).

Die Qualitätskommission überwacht, dokumentiert und informiert die Mitarbeiter in regelmäßigen Abständen über die Entwicklung der von ihr begleiteten aktuellen Qualitätsprojekte. Der Jahresbericht wird, wie die Protokolle der einzelnen Sitzungen, der Krankenhausleitung vorgelegt.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Der Anspruch an eine hohe Qualität in der medizinischen und pflegerischen Betreuung der Patienten hat am Israelitischen Krankenhaus eine lange Tradition. Bereits in den 90er Jahren haben wir mit der Einführung eines Qualitätsmanagements begonnen. Um diese Qualitätsarbeit auch transparent zu machen, hat sich das Krankenhaus im Jahre 2004 von der KTQ GmbH (KTQ: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) unter der **Zertifizierungs-Nummer 2004-58 K** erfolgreich zertifizieren lassen (www.ktq.de).

KTQ ist eine bundesweite Initiative, zu der sich u. a. die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat und diverse Krankenkassenverbände zusammengeschlossen haben. Ziel ist eine kontinuierliche und transparente Qualitätsverbesserung in Krankenhäusern und Arztpraxen, um somit eine optimale Behandlung für jeden Patienten erreichen zu können.

Das Israelitische Krankenhaus beteiligt sich an allen verbindlichen externen Qualitätssicherungsverfahren. Darüber hinaus wurde der Bereich der Endoskopie freiwillig nach den Kriterien der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie in Zusammenarbeit mit dem TÜV Nord Cert. geprüft. Das Krankenhaus ist federführend an der Entwicklung eines externen Qualitätssicherungsverfahrens in der gastroenterologischen Endoskopie beteiligt. Zusammen mit anderen führenden Kliniken auf dem Gebiet der Chirurgie bösartiger Erkrankungen des Dickdarmes beteiligt sich das Israelitische Krankenhaus an dem Projekt „Qualitätsoffensive Darmkrebs“ einer großen deutschen Krankenversicherung.

Die Meinung der Patienten hat im Israelitischen Krankenhaus einen hohen Stellenwert. Sie ist wesentlicher Bestandteil der Beurteilung der eigenen Ergebnisqualität. Bereits seit 1996 werden Beschwerden und Hinweise auf Mängel im Israelitischen Krankenhaus von der Pflegedirektorin Frau Tuck kurzfristig durch persönlichen Besuch, telefonisch oder schriftlich bearbeitet. Durch einen Beurteilungsbogen, den die Patienten bei der Aufnahme erhalten, können diese auf Unzulänglichkeiten hinzuweisen. Die Patienten haben zusätzlich die Möglichkeit, sich im Rahmen einer Kooperation direkt an die Verbraucherzentrale Hamburg als unabhängige Einrichtung zu wenden.

Darüber hinaus strebt das Krankenhaus die regelmäßige Durchführung von detaillierten Patientenbefragungen an, die erstmalig im Jahre 2000 durchgeführt wurden (als Sonderdruck publiziert). Eine Reihe von Projekten, nicht zuletzt in Zusammenhang mit der aktuellen baulichen Entwicklung, wurde hieraus abgeleitet.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Externe Qualitätssicherung Dekubitusinzidenz

Die Pflege des Israelitischen Krankenhauses hat sich auch im Jahr 2004 am EQS-Projekt Dekubitusinzidenz in der stationären Pflege beteiligt.

Es wird das Dekubitusrisiko bei der Patientenaufnahme und Entlassung anhand der Norton-Skala erfasst und Patienten mit einem vorhandenen Dekubitus in eine Wundstufe eingeteilt. Seit September 2004 werden die Datensätze direkt an den PC-Arbeitsplätzen auf jeder Station eingegeben, somit entfällt die bis dahin aufwendige Übertragung ausgefüllter Erhebungsbögen in der EDV-Abteilung (s. o.). Die Auswertung bescheinigt dem Israelitischen Krankenhaus überdurchschnittlich gute Werte sowohl im Landes- als auch im Bundesvergleich.

(Tabelle: eigene Darstellung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt Hamburg	Ergebnis Gesamt Bund (BQS Outcome 04)
Dekubitusneuerstehungsrate Anteil an Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und mit Dekubitus bei Entlassung	24 / 4.990	0,48 %	0,76 %	1,54 %
Dekubitusbehandlungsrate Anteil von Patienten ohne Dekubitus bei Entlassung und mit Dekubitus bei Aufnahme	21 / 57	36,84 %	41,46 %	24,57 %

Für die Behandlung bestehender Dekubitalgeschwüre (Grad II-IV) wurden in einem langjährigen Programm und im Rahmen der Personalentwicklung Pflegekräfte aus der Arbeitsgruppe Wundmanagement geschult. Diese Mitarbeiter stehen den behandelnden Ärzten bei der Therapie beratend zur Seite. Zusätzlich wurde eine Fotodokumentation eingeführt.

Externe Qualitätssicherung Cholezystektomien

In Hamburg nehmen 27 Krankenhäuser an der externen Qualitätssicherung bezüglich Cholezystektomien teil. Im Jahr 2004 erfolgten in Hamburg insgesamt 3374 Cholezystektomien, bundesweit waren es 174.034. Auf unsere Klinik entfielen davon 279. Die folgende Tabelle zeigt die Qualitätsindikatoren im Vergleich mit der Gesamtheit der teilnehmenden Krankenhäuser.

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenzbereich	Abweichung
Indikation Anteile von Patienten mit fraglicher Indikation an allen Patienten	15 / 279	5,4 %	1,5 %	< =5,8 %	0,4 %
Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase Anteil von Patienten mit präoperativer Diagnostik der Gallenwege bei extrahepatischer Cholestase an allen Patienten mit extrahepatischer Cholestase	9 / 10	90,0 %	95,8 %	= 100 %	-10 %
Erhebung eines histologischen Befundes Anteil von Patienten mit postoperative erhobenen histologischen Befund der Gallenblase an allen Patienten	279 / 279 ^x	100 % ^x	94,7 %	= 100 %	0 ^x

Eingriffsspezifische Komplikationen und OP-Verfahren

Anteil von Patienten mit mind. einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen intra-/ postoperativen Komplikation an allen Patienten

11 / 279 3,9 % 4,3 % <= 9,0 % 5,0 %

Postoperative Wundinfektion

Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten

2 / 279 0,7 % 1,3 % nicht definiert

Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion

Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0

1 / 259 0,4 % 0,7 % <= 2 % 1,6 %

Allgemeine postoperative Komplikationen

Anteil von Patienten mit mind. einer allgemeinen postoperativen Komplikation

an allen Patienten 4 / 279 1,4 % 2,4 % <=10,7 % 9,2 %

an Patienten mit laparoskop. beg. Operationen

4 / 272 1,5 % 1,6 % <= 8,1 % 6,6 %

an Patienten mit offenen-chirurgischen Operationen

0,0 % 12,1% <=33,3 % 33,3 %

Reinterventionsrate

Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation

4 / 272 1,5 % 1,9 % <= 2 % 0,5 %

Letalität

Anteil von verstorbenen Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3

0 / 279 0,0 % 0,3 % Sentinel Event

^xbereinigte Fassung nach Korrektur

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Ablauforganisation und Patientenmanagement

Mit Bezug des Warburg-Hauses im Mai 2004 wurde auch der neu geschaffene Aufnahmebereich seiner Bestimmung übergeben. Bereits im Vorfeld hatte eine Arbeitsgruppe aus den Bereichen Pflege, Verwaltung und Ärztlicher Dienst der verschiedenen Fachbereiche Konzeption und Arbeitsabläufe in der Aufnahme entwickelt. Wesentliches Ziel dieses Konzepts ist die frühzeitige Bahnung der stationären Behandlung der Patienten. Die entwickelten Konzepte erwiesen sich für die Umsetzung dieser Zielvorgabe als geeignet. Auch die für den Neubau konzipierten strukturellen Voraussetzungen, insbesondere im Hinblick auf die Zahl der zu Verfügung stehenden Untersuchungsräume, haben sich nach Inbetriebnahme bewährt. Aus Kommentaren von Patienten ergaben sich Hinweise, dass insbesondere in hochaktiven Zeiten (Aufnahmebetrieb und parallel abgehaltene Sprechstunden) Wartezeiten für die Patienten auftreten könnten. Ende 2004 wurde daher eine gezielte Befragung von Patienten mit Erfassung der Wartezeiten in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Aufnahme durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgt Anfang 2005.

Benchmarking in der Endoskopie

Qualität und Kosten endoskopischer Prozeduren in der Gastroenterologie haben in den letzten Jahren zunehmendes Interesse bei den beteiligten medizinischen Professionen sowie insbesondere Kostenträgern und Patienten gefunden. Mit dem Projekt „Benchmarking in der Gastroenterologischen Endoskopie“ wurde erstmalig ein externes Qualitätssicherungsverfahren unter gleichzeitiger Erfassung und Bewertung der Kosten endoskopischer Prozeduren realisiert.

Die Erfahrungen mit der Einführung von Diagnosis Related Groups (DRGs) in den USA haben gezeigt, dass mit der Einführung einer Fallpauschalierung der Kostendruck auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen erheblich steigt. Qualitätssicherung kann daher in der heutigen Zeit nicht losgelöst von den Fallkosten und damit auch den Untersuchungskosten in der Endoskopie betrachtet werden. Zweiter Schwerpunkt dieses Projektes ist daher, Analysen und externe Vergleiche zu Endoskopiekosten zu ermöglichen.

Die bisher beobachteten Unterschiede zwischen den teilnehmenden Abteilungen bestätigen die Auswahl der Qualitätsindikatoren. Auch die Kosten endoskopischer Prozeduren differierten im Vergleich der Abteilungen erheblich. Weitere Analysen des Datenmaterials und der Vergleichsergebnisse können für die beteiligten Kliniken wertvolle Hinweise für die zukünftige Positionierung im DRG-Fallpauschalensystem sein.

Mit der Weiterentwicklung und Ausweitung könnte das Projekt „Benchmarking in der Gastroenterologie“ international erstmals Antworten auf die Frage „Was kostet Qualität“ bringen.

Zertifizierung in der Endoskopie

Aktives Qualitätsmanagement ist seit 1997 fester Bestandteil der Arbeit des Endoskopieteams. 2001 hat sich die Endoskopie erstmalig nach den Maßgaben der Norddeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie durch den TÜV-Nord im Rahmen eines externen Audit-Verfahrens zertifizieren lassen. Nach Zwischen-Audits in den Jahren 2002 und 2003 wurde in 2004 ein erneutes Gesamt-Audit durchgeführt. In Vorbereitung dieses Audits waren

die internen pflegerischen und ärztlichen Leitlinien und Standards überarbeitet worden. Neu etabliert wurde im Jahre 2004 eine 14-tägige interne, interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung mit den Schwerpunkten Falldemonstration und Literaturstudium. Nach Abschluss des Audits wurde das Qualitätszertifikat für die Endoskopie für weitere 3 Jahre bestätigt.

Beschwerdemanagement und Patientenfürsprecherin

Seit 2003 besteht zusätzlich zum internen Beschwerdemanagement eine Kooperation mit der Verbraucherzentrale in Hamburg. Patienten haben dadurch die Möglichkeit, sich auch direkt an einen unabhängigen Patientenfürsprecher zu wenden. Großformatige Informationsplakate auf jeder Station weisen sowohl auf dieses Angebot als auch auf das interne Beschwerdemanagement hin.

Standardisierte Einführungsstage für neue Mitarbeiter

Für neue Mitarbeiter der Pflege im Israelitischen Krankenhaus wurden im vergangenen Jahr die Einführungsstage quartalsweise durchgeführt. Themen sind die Trägerschaft und Historie des Hauses, Aufbau- und Ablauforganisation, die fachliche Ausrichtung, Spezialisierung und Kooperationspartner, das Pflegekonzept einschließlich Personalentwicklung, gesetzliche Vorgaben wie z. B. Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz, Hygienerichtlinien, Brandschutz sowie der Stand der Umbaumaßnahmen und die daraus resultierenden Veränderungen für Patienten und Mitarbeiter. Die im Anschluss an die Einführungsstage durchgeführten Befragungen der Teilnehmer zeigen, dass diese Maßnahme der Personalführung auf positive Resonanz stößt. Dieses Projekt wird daher fortgesetzt. Die Inhalte werden turnusmäßig überprüft und den aktuellen Erfordernissen angeglichen. Des Weiteren ist eine Modularisierung der Inhalte geplant, wobei einzelne Module berufsübergreifend angeboten werden sollen. Ziel ist eine gemeinsame Orientierung auf Unternehmenskultur und Werte des Hauses.

Dokumentation in der Pflege

Die Sicherstellung einer korrekten und einheitlichen Pflegedokumentation wird durch die Arbeitsgruppe Dokumentation gewährleistet. Jede Station wird durch ein bis zwei Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe vertreten. Die Pflegeberaterin/Assistentin der Pflegedirektion nimmt regelmäßig in Form von Stichproben Überprüfungen in der Dokumentation vor. Dokumentationsmängel werden dadurch zeitnah erfasst, mit den Stationsleitungen gemeinsam beraten und behoben.

Pilotprojekt EDV-Dokumentation

In Kooperation mit einem EDV-Systemanbieter wurde auf einer Pilotstation eine vollständige elektronische Patientenakte getestet. An diesem Projekt waren alle Berufsgruppen interdisziplinär beteiligt und wurden dementsprechend fortgebildet. Ziel ist eine sichere Vernetzung der Daten für alle am Behandlungsprozess Beteiligten sowie ein möglichst schneller Zugriff auf sämtliche Informationen, die für eine umfassende Patientenversorgung notwendig sind.

Inhalt sind folgende drei Module:

- Pflegedokumentation (inkl. Stammbblatt, eingeteilt nach Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Patientenverlaufsblatt (inkl. Fieberkurve, Medikation u. ä.)
- Pflegeprozessunterstützung (Pflegeplanung)

Dokumentation Intensivstation

Die pflegerische Dokumentationskurve wurde unter Einbeziehung aller Mitarbeiter neu strukturiert und den derzeitigen Anforderungen angepasst. Um eine optimale Praxisanwendung sicherzustellen, wurden mehrere Probeläufe durchgeführt und das Dokument immer wieder an die Bedürfnisse angeglichen. Mittlerweile ist die pflegerische Dokumentationskurve erfolgreich umgesetzt worden. Parallel dazu wurde der ärztliche Verordnungsbogen berufsübergreifend überarbeitet und der Gliederung der pflegerischen Dokumentationskurve angepasst. Die vorhandenen Informationsblätter für Patienten und Besucher wurden mitgestaltet, aktualisiert und erweitert.

Standards und Praxisleitlinien der Pflege

Die Weiterentwicklung und Evaluation der Praxisleitlinien ist die Aufgabe des Qualitätszirkels Pflege. Sie wurden in einem Handbuch (dem sog. blauen Ordner), das jeder Station vorliegt, zusammengefasst. U. a. wurden, um die Patientensicherheit prä-, postoperativ und während der OP zu gewährleisten und neuen Mitarbeitern eine schnelle Orientierung zu ermöglichen, in enger Zusammenarbeit mit den Stationsleitungen und dem ärztlichen Bereich OP-Standards erstellt. Bereits vorliegende Standards und Praxisleitlinien wie z. B. Untersuchungsstandards für die Endoskopie, das Funktionslabor und der Kostaufbauplan wurden in diesem Zusammenhang evaluiert und aktualisiert.

Dekubitusstandard

In Anlehnung an den Expertenstandard DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) wurde der Dekubitusstandard entwickelt und eingeführt. Ziel ist, eine einheitliche Qualität in der Dekubitusprophylaxe zu erreichen und den Patienten damit vor evtl. zusätzlichen gesundheitsschädigenden Faktoren zu schützen.

Wundmanagement

Im Rahmen der Qualitätssicherung verfügt das Israelitische Krankenhaus über eine Arbeitsgruppe für Wundmanagement, die das Thema Wundversorgung und Dokumentation nach aktuellem Wissenstand laufend optimiert. Die Mitarbeiter der Arbeitsgruppe werden von den Stationen als Experten beratend hinzugezogen und informieren regelmäßig über die neuesten Entwicklungen. Sie sind somit auf den Stationen als Multiplikatoren tätig. Im Jahr 2004 wurde der Wunddokumentationsbogen überarbeitet und unterschiedliche Digitalkameras wurden auf den Stationen getestet. Die Wundmanagement-Arbeitsgruppe der Pflege tagt jeden zweiten Monat ganztägig; zur Aktualisierung und Erweiterung des Fachwissens der Pflegemitarbeiter werden regelmäßig über das Wundzentrum Hamburg Internetrecherchen durchgeführt. Zusätzlich finden für die Arbeitsgruppen-Teilnehmer themenbezogene Fortbildungen und Produktschulungen statt.

G Weitergehende Informationen

Verantwortlicher für den Qualitätsbericht:

Leiter der Qualitätskommission

Dr. Ulrich Rosien

Ansprechpartner:

Patientenfürsprecherin und Beschwerdemanagement

Marion Tuck (Pflegedirektorin)

Daten und Zahlen

Eric Petersen (Leiter des
Rechnungswesens)

KTQ und andere Qualitätsfragen

Sebastian Dienst (Assistent
Dr. Rosien)

Links (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Mehr Informationen über unser Krankenhaus und unsere Leistungen erhalten Sie unter www.ik-h.de oder in unseren ausführlichen Leistungsberichten und Patientenbroschüren.