



ISRAELITISCHES STADTKRANKENHAUS

INHALTSVERZEICHNIS

	Vorwort	7
	Einleitung	8
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts ..	9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	9
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	10
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses ..	13
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	14
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-9	Anzahl der Betten	16
A-10	Gesamtfallzahlen	16
A-11	Personal des Krankenhauses	16
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	20
A-13	Besondere apparative Ausstattung	31
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des GBA .. gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	32
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen ..	34
B-[0100]	Medizinische Klinik	34
B-[0100].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	34
B-[0100].1.1	Fachabteilungsschlüssel	34
B-[0100].1.2	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	34
B-[0100].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	35
B-[0100].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung ..	35
B-[0100].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD	44
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	46
[0100].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	46
[0100].6.2	
B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	46
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	48
[0100].7.1	
B- Kompetenzprozeduren	49
[0100].7.2	
B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	49
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	49
[0100].8.1	
B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	53
[0100].8.2	
B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	53
B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	54
[0100].9.1	
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der ..	54
[0100].10 Berufsgenossenschaft	
B- Personelle Ausstattung	54
[0100].11	
B- Ärzte und Ärztinnen	54
[0100].11.1	
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	55
[0100].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	55
[0100].11.1.2	
B- Pflegepersonal	55
[0100].11.2	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte ..	57
[0100].11.2 Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B- Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	57
[0100].11.2.2	
B- Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in ..	58
[0100].11.3 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[1500] Chirurgische Klinik	59

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	59
B- Fachabteilungsschlüssel	59
[1500].1.1	
B- Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	59
[1500].1.2	
B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	59
B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der ..	60
Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	67
B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD	67
B- Hauptdiagnosen 3-stellig	69
[1500].6.1	
B- Kompetenzdiagnosen	69
[1500].6.2	
B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B- OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	71
[1500].7.1	
B- Kompetenzprozeduren	72
[1500].7.2	
B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	72
B- Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	72
[1500].8.1	
B- Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	74
[1500].8.2	
B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	74
B- Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	75
[1500].9.1	
B- Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der ..	76
[1500].10 Berufsgenossenschaft	
B- Personelle Ausstattung	76
[1500].11	
B- Ärzte und Ärztinnen	76
[1500].11.1	
B- Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	76
[1500].11.1.1	
B- Zusatzweiterbildung	77

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

[1500].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	77
[1500].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte ..	78
[1500].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	79
[1500].11.2.2		
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in ..	80
[1500].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
B-[3790]	Anästhesiologie/Intensivmedizin	81
B-[3790].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	81
B-	Fachabteilungsschlüssel	81
[3790].1.1		
B-	Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes	81
[3790].1.2		
B-[3790].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	81
B-[3790].3	Medizinische Leistungsangebote der ..	82
	Organisationseinheit/Fachabteilung	
B-[3790].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	82
B-[3790].6	Hauptdiagnosen nach ICD	83
B-	Hauptdiagnosen 3-stellig	83
[3790].6.1		
B-	Kompetenzdiagnosen	83
[3790].6.2		
B-[3790].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	83
B-	OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe	85
[3790].7.1		
B-	Kompetenzprozeduren	85
[3790].7.2		
B-[3790].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	85
B-	Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)	85
[3790].8.1		
B-	Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)	85
[3790].8.2		
B-[3790].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	85
B-	Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe	85

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

[3790].9.1		
B-	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der ..	86
[3790].10	Berufsgenossenschaft	
B-	Personelle Ausstattung	86
[3790].11		
B-	Ärzte und Ärztinnen	86
[3790].11.1		
B-	Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung	86
[3790].11.1.1		
B-	Zusatzweiterbildung	87
[3790].11.1.2		
B-	Pflegepersonal	87
[3790].11.2		
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte ..	88
[3790].11.2.1	Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse	
B-	Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation	89
[3790].11.2.2		
B-	Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in ..	89
[3790].11.3	Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	
C	Qualitätssicherung	90
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V ..	167
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V ..	167
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ..	167
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen - Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge ..	168
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ..	168
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ..	169
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	169

Vorwort

Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg – Menschliche Zuwendung und hochmoderne Spitzenmedizin

Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg (IK) ist ein in höchstem Maße leistungsfähiges, interdisziplinär vernetztes Krankenhaus von überregionaler Bedeutung. Unser Schwerpunkt ist die Behandlung von Erkrankungen der Verdauungsorgane - insbesondere auch bei Tumorerkrankungen. Das IK ist ein durch die Deutsche Krebsgesellschaft **zertifiziertes und empfohlenes Viszeralonkologisches Zentrum für Krebserkrankungen an Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Dickdarm und Enddarm**. Durch die **roboter-gestützte Chirurgie** können auch komplexe Tumorentfernungen minimal invasiv in "Schlüssellochtechnik" durchgeführt werden. Das IK ist das einzige anerkannte **viszeralmedizinische Zentrum der Stadt Hamburg** mit Schwerpunkten u.a. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Motilitätsstörungen und Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse.

Medizinische Höchstleistungen verbinden wir mit einer fachlich und menschlich herausragenden pflegerischen Betreuung. Die Grundlage für unser Handeln ist die Philosophie unseres Stifters Salomon Heine: „Menschenliebe ist die Krone aller Tugenden“. Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg, das zweitälteste Krankenhaus der Stadt, ist seit über 175 Jahren offen für alle Patienten - unabhängig von Konfession, Nationalität oder Hautfarbe. Jährlich lassen sich hier mehr als 9000 Patienten stationär sowie über 7000 Patienten ambulant behandeln.

Mit dem vorliegenden Bericht stellen wir Ihnen unser Haus vor. Format und Struktur des Berichtes sind durch gesetzliche Regelungen vorgegeben. Die hierdurch begrenzte Darstellung unserer Leistungsangebote im formalen Berichtsteil möchten wir mit dieser Einleitung ergänzen. Weitergehende Informationen finden Sie auf unserer Website.

Die hohen Standards unseres Hauses belegen u.a. die **Erhebungen des Hamburgischen Krebsregisters** bei Magen- und Darm-Tumoren. Bei den in den Jahren 2017 bis 2021 diagnostizierten Fällen von Darmkrebs liegt die relative 5-Jahres-Überlebensquote am IK bei 76 % gegenüber 58 % im Hamburger Durchschnitt. Beim Bauchspeicheldrüsenkrebs beträgt die relative 5-Jahres-Überlebensquote bei 27 % gegenüber 13 % im Hamburger Durchschnitt.

Das F.A.Z.-Institut (Faktenkontor) der Frankfurter Allgemeinen Zeitung analysiert jedes Jahr Qualitätsberichte der Krankenhäuser als auch drei Patienten-Bewertungsportale – Weisse Liste, TK-Klinikführer, Klinikbewertungen.de und Online-Befragungen von Krankenversicherten. Regelmäßig steht das IK im gesamtdeutschen Vergleich aller Krankenhäuser in der Liste der besten Krankenhäuser.

All diese erfreulichen Zahlen sind uns Ansporn, unseren Patienten auch weiterhin Behandlung und Pflege auf höchstem Niveau zu bieten. Für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter steht der Patient im Mittelpunkt. Den Erfolg unserer Arbeit bestätigt der vorliegende Qualitätsbericht.

Das IK gehört zu den wenigen Kliniken deutschlandweit, die sich regelmäßig für das **Zertifikat „Kundenorientiertes Beschwerdemanagement“** des unabhängigen Hamburger Instituts für Beschwerdemanagement zertifizieren lassen. Seit 2007 fassen wir alle Rückmeldungen unserer Patienten in einem Beschwerdebericht zusammen, der auf unserer Website heruntergeladen werden kann.

Unser **Risikomanagement** haben wir 2013 durch Systeme zur Erfassung und Bewertung von (beinahe-) Ereignissen ergänzt. Unter anderem nutzen wir bereit seit 2014 eine Medikations-Überwachungssoftware. Seit 2017 führt unsere Apothekerin zusätzlich regelmäßige Arzneimittel-Visiten durch, um die Therapiesicherheit durch die pharmakologische Fachkompetenz weiter zu steigern. Seit 2018 sichern wir durch ein Antibiotic Stewardship-Programm unsere günstige Ausgangslage bezüglich resistenter Keime auch für die Zukunft.

2004 wurde das IKH erstmalig nach KTQ zertifiziert. Seit 2015 besteht eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015. Das IK war 2017 eines der ersten Krankenhäuser, dass **nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert** wurde. Diese Norm legt einen besonderen Schwerpunkt auf Risikomanagement und Wissensmanagement.

Mitarbeiter des Israelitischen Krankenhauses engagieren sich in qualitätsorientierten Aufgaben außerhalb des Krankenhauses. Beispiele sind das Fachgremium Dekubitus der externen Qualitätssicherung (EQS), die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sowie die (teilweise federführende) Beteiligung an mehreren aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften.

Medizinische Klinik

Die Medizinische Klinik verfügt aktuell über 83 Betten auf 4 Stationen zzgl. 6 Betten teilstationär (gastroenterologische Tagesklinik) und der interdisziplinären Intensivstation. Im Jahr 2021 wurden ca. 4.725 Patienten stationär und ca. 4.600 Patienten ambulant behandelt.

Die Medizinische Klinik besitzt einen hervorragenden Ruf als spezialisierte Klinik für die Behandlung internistischer Erkrankungen. Besondere Schwerpunkte sind Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, von Leber und Bauchspeicheldrüse (Gastroenterologie), Hormon- und Stoffwechselstörungen (Endokrinologie) sowie die umfassende Behandlung von Tumorleiden (Onkologie).

Zur Diagnostik und Behandlung der Erkrankungen der Verdauungsorgane setzen wir hochspezialisierte endoskopische, sonographische und funktionsdiagnostische Untersuchungsverfahren ein. Viele davon werden bundesweit bisher erst an wenigen Zentren angeboten. Unser umfassender Behandlungsansatz beinhaltet eine differenzierte Ernährungstherapie und ein engagiertes Palliativ-Team.

Mit 9000 Untersuchungen ist die Endoskopie eine wesentliche Säule in Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Verdauungstraktes. Diagnostische Schwerpunkte sind endoskopischer Ultraschall und Tumorsuche (u.a. mit künstlicher Intelligenz); therapeutisch besteht eine besondere Erfahrung bei Tumorentfernung (u.a. bei Frühkarzinomen des Magen-Darm-Traktes) und Eingriffen an den Gallenwegen und Bauchspeicheldrüse.

Chirurgische Klinik

Die Chirurgische Klinik verfügt aktuell über 69 Betten, verteilt auf fünf Stationen und der interdisziplinären Intensivstation. Im Jahr 2021 wurden 3.620 Patienten stationär behandelt und in unseren 4 Operationssälen über 3800 Operationen durchgeführt. Ein Schwerpunkt liegt auf Erkrankungen des Bauchraums, insbesondere der Verdauungsorgane. Hier liegt ein besonderer Fokus auf Tumorerkrankungen und Bruchleiden. In Norddeutschland sind wir die Klinik mit den größten Fallzahlen in diesen Bereichen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die endokrine Chirurgie (Schilddrüsenerkrankungen, Nebennierenerkrankungen). Zudem besteht eine hohe Expertise in der Thoraxchirurgie.

Die häufigsten Operationen werden bei Leistenbrüchen (780 pro Jahr), Dickdarmerkrankungen (620), Gallenblasenerkrankungen (730), Sodbrennen (200), Schilddrüsen- (30) und Magenerkrankungen (180) sowie in der Proktologie (310) durchgeführt. Weitere komplexe Operationen wurden an Lunge (90), Speiseröhre (50), Leber (80) und Bauchspeicheldrüse (80) durchgeführt.

Pro Jahr werden mehr als 600 Krebspatienten versorgt, mit dem Krebsforschungsinstitut INDIVUMED besteht eine enge Zusammenarbeit.

Mehr als die Hälfte der Eingriffe erfolgen bei uns minimal-invasiv, mit dem Ziel der Reduktion des Traumas beim Zugang und bei der Operation. Schmerzen können so reduziert, stationäre Aufenthalte verkürzt werden, Das seit April 2021 in unserer Abteilung eingesetzte daVinci System (eine Weiterentwicklung der minimalinvasiven Technik) gehört mittlerweile zur Routine des OP Programms und seit Etablierung wurden über 270 (Stand 09/22) Operationen, vor allem komplexe viszeral-/und thoraxchirurgische Eingriffe roboterassistiert durchgeführt. Neben Prof. Dr. Egberts sind inzwischen 2 weitere Kollegen am daVinci ausgebildet und tätig; die Ausbildung eines weiteren Chirurgen beginnt Anfang 2023. Darüber hinaus bildet Prof. Dr. Egberts mit seiner langjährigen Erfahrung auch Chirurgen aus ganz Europa als sogenannter Proctor aus. Die Chirurgische Klinik des IKs fungiert als Case Observation Center und bietet externen Ärzten, die bislang wenig Erfahrung mit dem daVinci-System haben, Hospitationen an, bei denen Eingriffe live beobachtet und erlernt werden können.

Als einer der erfahrensten daVinci Chirurgen Deutschlands ist Prof. Dr. Egberts zum Vorstandsmitglied der 2020 gegründeten Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Robotergestützte Chirurgie und Innovation (CA-Robin) gewählt worden.

Anästhesie und Intensivmedizin

Bei diagnostischen oder operativen Eingriffen, die in Narkose durchgeführt werden, betreuen erfahrene Fachärzte unsere Patienten. Sie sorgen für einen sicheren Schlaf bei der Vollnarkose (Allgemeinanästhesie) und völlige Schmerzfreiheit bestimmter Körperregionen während der Operation bei einer Teilnarkose (Regionalanästhesie).

Machen die Schwere der Erkrankung oder Vorerkrankungen eine intensive Nachbetreuung oder Therapie notwendig, so werden Patienten auf unserer Interdisziplinären Intensivstation (12 Betten, davon 10 High-Care) solange versorgt, bis sich ihr Gesundheitszustand wieder stabilisiert hat. Eine gute Schmerzbehandlung in der postoperativen Phase verbessert den Erfolg einer Operation deutlich. Wir bieten unseren Patienten daher nach größeren Operationen eine wirksame Schmerztherapie an. Bei uns werden hierfür hauptsächlich Katheterv Verfahren zur Schmerztherapie eingesetzt (ein sogenannter Periduralkatheter - PDK). Eine weitere Möglichkeit stellt die vom Patienten gesteuerte Schmerzpumpe (PCA) zur postoperativen Schmerztherapie dar. Diese ermöglicht dem Patienten, sich bei Bedarf selbst ein hochwirksames Schmerzmedikament über die Vene zu verabreichen.

Pflegedienst

Neben der pflegerischen Versorgung auf den Stationen erbringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes in den Funktionsbereichen, wie im OP, auf der Intensivstation, in der Endoskopie und im Aufnahme- und Ambulanzbereich entscheidende Leistungen für unsere Patienten. Hoch qualifizierte und menschlich zugewandte Mitarbeiter sichern die medizinisch-pflegerische Versorgung rund um die Uhr.

Durch umfangreiche, freiwillige Audits nach ISO-Standard ist gewährleistet, dass die Pflege am Israelitisches Krankenhaus nach höchsten Qualitätsstandards erfolgt. Insbesondere die vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelten Standards werden bei der Erstellung hauseigener Standards berücksichtigt.

Um das Fachwissen unserer Pflegeexperten auf dem aktuellen Stand zu halten, zu verbessern und eine optimale Pflegequalität zu sichern, hat die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung bei uns einen sehr hohen Stellenwert. Schulungen zu zentralen Themen wie etwa zur Vorbeugung von Druckgeschwüren oder Stürzen sowie zur effizienten Wiederbelebung (Reanimation) sind bei uns Pflicht. Unsere Patienten dürfen somit darauf vertrauen, von exzellent ausgebildeten und hoch motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gepflegt zu werden.

Hygiene und Infektionsschutz

Ein wichtigeres Thema für uns und unsere Patienten ist der Schutz vor Keimen, die widerstandsfähig (resistent) gegen Antibiotika sind. Seit 2007 führt das Israelitisches Krankenhaus ein Screening auf MRSA-Besiedlung durch. Hierdurch konnten wir erfolgreich die Keim-Träger und die Mitpatienten vor einer Erkrankung durch MRSA schützen. Andere resistente Keime (z. B. MRGN, VRE) haben in den letzten Jahren in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Bis zu 8% der Bevölkerung tragen resistente Keime im Darm. Durch kontinuierliche Schulung unserer Mitarbeiter, durch regelmäßige Überprüfung unseres Handelns in behördlichen Begehungen und internen Audits sowie durch ein effizientes internes Frühwarnsystem konnten wir dieser Entwicklung ebenfalls erfolgreich begegnen. Eine Infektion ist bei unserem Behandlungsschwerpunkt mit mehreren tausend Eingriffen am intensiv bakterien-besiedelten Darm nicht mit absoluter Sicherheit auszuschließen. Trotz dieses eingriffsspezifischen Risikoprofils sind Wund- und andere Infektionen in IK sehr deutlich unter den Zielwerten des Robert-Koch-Institutes. Seit über 10 Jahren mussten wir keine Infektions-Ausbruchssituation melden.

Einleitung

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021: Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u.a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht. Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Verantwortliche

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht: Krankenhausleitung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Peter Layer
Telefon	040 51125 5001
Fax	040 51125 5009
E-Mail	med@ik-h.de

Für die Erstellung des Qualitätsberichts

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Arzt in der Medizinischen Klinik; Beauftragter der obersten Leitung im Qualitätsmanagement
Titel, Vorname, Name	Dr. Ulrich Rosien
Telefon	040 51125 5010

Fax	040 51125 5011
E-Mail	u.rosien@ik-h.de

Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses	http://www.ik-h.de/
Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht	http://www.ik-h.de/

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name	Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
PLZ	22297
Ort	Hamburg
Straße	Orchideenstieg
Hausnummer	14
IK-Nummer	260200284
Standort-Nummer	773032000
Standort-Nummer alt	00
Telefon-Vorwahl	040
Telefon	511250
E-Mail	s.geissert@ik-h.de
Krankenhaus-URL	http://www.ik-h.de/

A-1.2 Leitung des Krankenhauses/Standorts

Leitung des Krankenhauses

Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Direktor der Med. Klinik
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Peter Layer
Telefon	040 51125 5001
Fax	040 51125 5009
E-Mail	med@ik-h.de
Verwaltungsleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Kaufmännischer Direktor
Titel, Vorname, Name	Geschäftsführer Marcus Jahn
Telefon	040 51125 6000
Fax	040 51125 6001

E-Mail	m.jahn@ik-h.de
Ärztliche Leitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Chirurgischen Klinik Leitung Viszeralonkologisches Zentrum
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Jan-Hendrik Egberts
Telefon	040 51125 5101
Fax	040 51125 5102
E-Mail	J.Egberts@ik-h.de
Pflegedienstleitung	
Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Pflegedienstleitung
Titel, Vorname, Name	Pflegedirektorin Julia Petersen
Telefon	040 51125 7000
Fax	040 51125 6001
E-Mail	j.petersen@ik-h.de

A-1.3 Weitere Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	Institutionskennzeichen
1	260200284

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers	Stiftung Israelitisches Krankenhaus in Hamburg
Träger-Art	freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Krankenhaus-Art	Akademisches Lehrkrankenhaus
-----------------	------------------------------

Name der Universität

Akademische Lehre und wissenschaftliche Fortbildung Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
--

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?	Nein
--	------

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
1	MP64 - Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit <i>dauerhafte Kunstaustellung auf den Stationsfluren</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP63 - Sozialdienst
2	<i>Entlassungsmanagement, Angehörigenberatung, Pflegeüberleitung, Rehaberatung, Beratung über Anschlussheilbehandlung, Sprechstunde</i>
3	MP39 - Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen <i>siehe Sozialdienst MP63, externe Kooperation mit der Angehörigenschule</i>
4	MP35 - Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik <i>siehe MP33 Präventive Leistungsangebote</i>
5	MP34 - Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst <i>Onkopsychologie, psychologischer Dienst</i>
6	MP33 - Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse <i>Rückenschule, Ernährungsberatung siehe auch MP14</i>
7	MP37 - Schmerztherapie/-management <i>Ausgebildete Pain Nurses in einzelnen Bereichen können bei Bedarf hinzugezogen werden.</i>
8	MP47 - Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik <i>siehe Sozialdienst MP63, externe Kooperation mit Sanitätshaus</i>
9	MP45 - Stomatherapie/-beratung <i>Stomatherapeutin, Stomaberatung</i>
10	MP11 - Sporttherapie/Bewegungstherapie <i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i>
11	MP42 - Spezielles pflegerisches Leistungsangebot <i>Stomatherapeuten/-innen, Wundexpertinnen und -experten, Schmerzdienst, Palliativdienst, Pflegeexperte für Menschen mit Demenz</i>
12	MP40 - Spezielle Entspannungstherapie <i>Progressive Muskelentspannung</i>
13	MP44 - Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie <i>in Kooperation</i>
14	MP18 - Fußreflexzonenmassage <i>in Kooperation</i>
15	MP17 - Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege <i>Pflegesystem: Bereichspflege, siehe auch MP63</i>
16	MP22 - Kontinenztraining/Inkontinenzberatung <i>Unser Schwerpunkt liegt auf den Kontinenzstörungen des Darmes, Kooperation mit einem externen Dienstleister bei der Nachversorgung in der Inkontinenzversorgung</i>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
17	<p>MP21 - Kinästhetik</p> <p><i>Kinästhetikschulung, Grundkurs, Trainerin</i></p>
18	<p>MP14 - Diät- und Ernährungsberatung</p> <p><i>Das Ernährungsteam umfasst qualifizierte Ärzte, DiätassistentInnen sowie OecothropologInnen. Jeder Patient erfährt ein Screening auf Ernährungsmängel, dem ggf. Beratung und gezielte Maßnahmen folgen.</i></p>
19	<p>MP16 - Ergotherapie/Arbeitstherapie</p> <p><i>in Kooperation</i></p>
20	<p>MP15 - Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege</p> <p><i>siehe Sozialdienst MP63</i></p>
21	<p>MP31 - Physikalische Therapie/Bädertherapie</p> <p><i>in Kooperation mit physiotherapeutischer Praxis, kinesiologisches Taping</i></p>
22	<p>MP27 - Musiktherapie</p> <p><i>Musiktherapie (durch einen externen Spezialisten) ist fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes an Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen (Palliativmedizin)</i></p>
23	<p>MP32 - Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie</p> <p><i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i></p>
24	<p>MP24 - Manuelle Lymphdrainage</p> <p><i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i></p>
25	<p>MP26 - Medizinische Fußpflege</p> <p><i>in Kooperation</i></p>
26	<p>MP25 - Massage</p> <p><i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i></p>
27	<p>MP69 - Eigenblutspende</p> <p><i>Eigenblutspende ist möglich vor größeren Operationen, die zeitlich geplant werden können, nicht jedoch bei bösartigen Erkrankungen. Eine Arbeitsgruppe zum Blood-Management zielt auf die Vermeidung von Fremdbluteinsatz.</i></p>
28	<p>MP29 - Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie</p> <p><i>Kooperationspartnerin mit Praxis im Israelitisches Krankenhaus</i></p>
29	<p>MP02 - Akupunktur</p> <p><i>Akupunktur wird vorwiegend eingesetzt im Rahmen der qualifizierten Schmerztherapie</i></p>
30	<p>MP03 - Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare</p> <p><i>Angehörigenberatung, externe Kooperation mit der Angehörigenschule</i></p>
31	<p>MP53 - Aromapflege/-therapie</p> <p><i>Zwei Mitarbeiterinnen verfügen über eine Weiterbildung in Aromatherapie.</i></p>

#	Med.pfleg. Leistungsangebot
	MP04 - Atemgymnastik/-therapie
32	<i>Atemgymnastik ist Teil der Physikalischen Therapie, die bei bestimmten Operationen auch vorbeugend eingesetzt wird</i>
	MP57 - Biofeedback-Therapie
33	<i>Die Diagnostik vor Biofeedbacktraining erfolgt durch Mitarbeiter des Krankenhauses. Die ambulante Durchführung erfolgt mit einem festen Kooperationspartner</i>
	MP09 - Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
34	<i>Eine Palliativ Care Team aus; qualifizierten Ärzten/Schmerztherapeuten, Pflegekräften, Psychologen, Sozialdienst, Seelsorge, PT/KG, Gesprächs- und Musiktherapeuten betreut Sterbende auf den Stationen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem unmittelbar benachbarten Hospiz</i>
	MP08 - Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
35	<i>siehe Sozialdienst MP63</i>
	MP52 - Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
36	<i>Es besteht eine Zusammenarbeit mit der ILCO (Stomaträger), der ADP (Pankreasoperierte) und der SHG Speiseröhrenkrebs Hamburg</i>
	MP68 - Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege
37	<i>siehe Sozialdienst MP63</i>
	MP48 - Wärme- und Kälteanwendungen
38	<i>in den Behandlungsräumen der Physikalischen Therapie, wie auch in den bettenführenden Abteilungen</i>
	MP51 - Wundmanagement
39	<i>Wundexperten/-innen ICW, Wundteam</i>

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

#	Leistungsangebot
1	NM11: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
2	NM03: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
	NM09: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
3	<i>Je nach freier Bettenkapazität ist auf Anfrage eine generelle Unterbringung einer Begleitperson möglich. Bei medizinisch notwendiger Aufnahme einer Begleitperson sollte dies mit der Krankenversicherung im Vorfeld geklärt werden und eine Genehmigung der Kosten eingeholt werden.</i>
	NM40: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
4	<i>ehrenamtlicher Dienst der "Grünen Damen", zurzeit sind 10 Damen tätig.</i>
	NM66: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
5	<i>vegetarische Küche, täglich schweinefleischfreies Gericht</i>

#	Leistungsangebot
6	NM60: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen <i>Es besteht eine Zusammenarbeit mit der ILCO (Stomaträger) und der ADP (Pankreasoperierte)</i>
7	NM42: Seelsorge/spirituelle Begleitung <i>In Kooperation mit dem evangelisch-lutherischen Kirchenkreisverband Hamburg, Gemeinde Alsterdorf. Auf Wunsch kann auch ein Pfarrer der katholischen Kirche oder ein Rabbiner gerufen werden.</i>
8	NM68: Abschiedsraum

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigung

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Qualitätssicherungsbeauftragter der Pflege und Sturzbeauftragter
Titel, Vorname, Name	Qualitätssicherungsbeauftragter der Pflege Pierre Bäkler
Telefon	040 511250 916
Fax	040 51125 6001
E-Mail	p.baekler@ik-h.de

A-7.2 Aspekte der Barrierefreiheit

#	Aspekte der Barrierefreiheit
1	BF08 - Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
2	BF06 - Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
3	BF09 - Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
4	BF10 - Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
5	BF17 - geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) <i>Bettenverlängerung für Übergrößen vorhanden, Betten für stark übergewichtige Personen werden angemietet, alle Betten sind mehrfach elektrisch verstellbar</i>
6	BF19 - Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße <i>in Kooperation</i>
7	BF20 - Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten <i>Toilettenstuhl, Körperwaage, Blutdruckmanschette vorhanden, Schwerlastbetten und Hilfsmittel in Kooperation</i>
8	BF24 - Diätetische Angebote <i>In Absprache mit dem Ernährungsteam.</i>

#	Aspekte der Barrierefreiheit
9	BF25 - Dolmetscherdienst <i>durch Mitarbeiter im Haus (afghanisch, arabisch, dänisch, französisch, griechisch, italienisch, niederländisch, norwegisch, polnisch, russisch, schwedisch, spanisch, tagalog/filipino, türkisch) und durch externe Dolmetscherdienste möglich</i>
10	BF26 - Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal <i>siehe BF25</i>
11	BF18 - OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische <i>auch in der Endoskopie und Sonographie</i>
12	BF04 - Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung
13	BF16 - Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
14	BF22 - Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe <i>Patientenbetten, Patientenlifter, weitere Hilfsmittel können ggf. über einen externen Anbieter angefordert werden</i>
15	BF21 - Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter
16	BF32 - Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung <i>Raum der Stille</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

#	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
1	FL04 - Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
2	FL03 - Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) <i>PJ-Plätze je Tertial Anästhesiologie: 1 / Chirurgie: 6 / Innere Medizin: 8</i>
3	FL05 - Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien FL01 - Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
4	<i>Prof. Dr. P. Layer, PD Dr. J. Keller, Fachbereich Medizin am Universitätsklinikum Eppendorf. PD. Dr. Freitag, Fachbereich Anästhesiologie am Universitätsklinikum Eppendorf, Prof. Dr. J-H Egberts, Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.</i>
5	FL07 - Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien FL08 - Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
6	<i>Publikationslisten zum Download: https://www.ik-h.de/ueber-uns/forschung-lehre/publikationslisten-zum-download-wissenschaftliche-auszeichnungen/</i>
7	FL06 - Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

#	Ausbildung in anderen Heilberufen
1	<p>HB07 - Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><i>Die Ausbildung findet in Kooperation mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Hamburg gGmbH statt. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre. https://www.pflegeschule-hamburg.de/fuer-interessierte/ota-ausbildung.html</i></p> </div>
	HB01 - Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
2	<p><i>In Kooperation mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Hamburg gGmbH bildet das IK jährlich 5 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen aus. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre. https://www.pflegeschule-hamburg.de/fuer-interessierte/pflegeausbildung.html</i></p>
3	<p>HB15 - Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><i>Die Ausbildung findet in Kooperation mit der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Hamburg gGmbH statt. Die Ausbildungsdauer beträgt 3 Jahre. https://www.pflegeschule-hamburg.de/fuer-interessierte/ata-ausbildung.html</i></p> </div>

A-9 Anzahl der Betten

Anzahl Betten	152
---------------	-----

A-10 Gesamtfallzahlen

Vollstationäre Fallzahl	7897
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	3791
StäB. Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	61,1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	61
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	61,1
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	0

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	41,84
-------------------------	-------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	41,74
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	41,84

A-11.2 Pflegepersonal

Neben dem examinierten Pflegepersonal sind zusätzlich noch 3,72 Vollkräfte beschäftigt, überwiegend eingesetzt als Nachtwachenspringer.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	163,85	4,9
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	144,37	4,9
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	19,48	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	163,85	4,9

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	4,19	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,19	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	4,19	0

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	4,68	0
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,68	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	4,68	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	6,25	1,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,25	1,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	6,25	1,62

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	8,48	0,01
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,48	0,01
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	8,48	0,01

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

	Gesamt	Ohne Fachabteilungszuordnung
Anzahl (in Vollkräften)	9,35	1,13
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,35	1,13
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0	0
Personal in der stationären Versorgung	9,35	1,13

Neben dem examinierten Pflegepersonal sind zusätzlich noch 3,46 Vollkräfte beschäftigt, überwiegend eingesetzt als Nachwachenspringer

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Personalqualifikation	SP04 - Diätassistentin und Diätassistent
Anzahl (in Vollkräften)	2,78
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,78
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	1,1
Personal in der stationären Versorgung	1,68
Personalqualifikation	SP14 - Logopädin und Logopäd/Klinischer Linguist/in und Klinische Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker
Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Personalqualifikation	SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	0,25
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,25
Personal in der ambulanten Versorgung	0

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Personal in der stationären Versorgung	0,25
Personalqualifikation	SP17 - Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)
Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Personalqualifikation	SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut
Anzahl (in Vollkräften)	2,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2,65
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,65
Personalqualifikation	SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe
Anzahl (in Vollkräften)	2,65
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,65
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,65
Personalqualifikation	SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter
Anzahl (in Vollkräften)	2,04
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,04
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,04
Personalqualifikation	SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie
Anzahl (in Vollkräften)	1,26
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,26
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,26
Personalqualifikation	SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement
Anzahl (in Vollkräften)	6,3
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,3
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,3

Personalqualifikation	SP55 - Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)
Anzahl (in Vollkräften)	6,62
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,62
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	6,62

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Leitender Arzt in der Medizinischen Klinik; Leiter Endoskopie;
Titel, Vorname, Name	Dr. Ulrich Rosien
Telefon	040 51125 5010
Fax	040 51125 5011
E-Mail	u.rosien@ik-h.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

Gibt es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe, die sich regelmäßig zum Thema austauscht	Ja
--	----

Wenn ja

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche	gesamtes Krankenhaus
Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person	entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	--

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium

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

ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement

Arbeitsgruppe fürs Risikomanagement

Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Medizinische Klinik; Chirurgische Klinik; Anästhesie; Pflegedienst; Verwaltung

Tagungsfrequenz des Gremiums

quartalsweise

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	<p>RM16: Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: VA Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen, VA Patientenidentifikation Endoskopie, Workflow Sichere Patientenidentifikation in der Aufnahme, VA Patientenidentität OP/Anästhesie</p> <p>Letzte Aktualisierung: 27.01.2021</p>
2	<p>RM04: Klinisches Notfallmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Diverse Notfalldokumente (Checklisten, Formulare)</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.04.2021</p>
3	<p>RM08: Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.04.2021</p>
4	<p>RM13: Anwendung von standardisierten OP-Checklisten</p>
5	<p>RM09: Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Reparaturformular Medizintechnik</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.04.2021</p>
6	<p>RM02: Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen</p>
7	<p>RM05: Schmerzmanagement</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Leitfaden:Empfehlung zur SchmerztherapieAutor: PD Dr. M. Freitag; Dr. J-H Stork</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.04.2021</p>
8	<p>RM17: Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: SOP postoperative Überwachung auf den Normalstationen</p> <p>Letzte Aktualisierung: 25.04.2021</p>
9	<p>RM01: Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor</p> <p>Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH</p> <p>Letzte Aktualisierung: 01.04.2021</p>

Instrumente und Maßnahmen

#	Instrument bzw. Maßnahme
10	RM14: Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit- und erwartetem Blutverlust Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH Letzte Aktualisierung: 01.04.2021
11	RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
12	RM07: Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Dekubitusprophylaxe (basierend auf dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe) Letzte Aktualisierung: 01.06.2021
13	RM15: Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: QMH Letzte Aktualisierung: 01.04.2021
14	RM03: Mitarbeiterbefragungen
15	RM12: Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
16	RM06: Sturzprophylaxe Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Pflegestandard Sturzprophylaxe (basierend auf dem Expertenstandard Sturzprophylaxe) Letzte Aktualisierung: 29.04.2021
17	RM18: Entlassungsmanagement Name der Verfahrensbeschreibung/SOP: Verfahrensanweisung Sozial und EntlassmanagementSOP Entlassungsmanagement in der Pflege Letzte Aktualisierung: 12.01.2021

Zu RM10: Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen

- Qualitätszirkel
- Tumorkonferenzen
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Pathologiebesprechungen
- Palliativbesprechungen

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem

Wird in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt?

Ja

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	IF03: Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: monatlich
2	IF02: Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: monatlich

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

#	Instrument bzw. Maßnahme
3	IF01: Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 01.10.2021

Details

Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	quartalsweise
Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit	CIRS; Fehlermeldeformulare; Risikochecklisten sowie definierter Prozess zur Patientensicherheit.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem (Critical Incident Reporting System/CIRS)

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem	Ja
---	----

Genutzte Systeme

#	Bezeichnung
1	EF01: CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
2	EF00: Sonstiges: Aktionsbündnis Patientensicherheit <i>Aktionsbündnis Patientensicherheit</i>
3	EF00: Sonstiges: CIRS-Endoskopie der DGVS <i>CIRS-Endoskopie der DGVS</i>

Gremium zur Bewertung der gemeldeten Ereignisse

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet	Ja
Wenn ja, Tagungsfrequenz des Gremiums	jährlich

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker

Anzahl (in Personen)	1
----------------------	---

Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben	Nein
--	------

Anzahl (in Personen) 3

Hygienefachkräfte (HFK)

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 2

Hygienebeauftragte in der Pflege

Keine Angabe aufgrund fehlender landesrechtlicher Vorgaben Nein

Anzahl (in Personen) 12

A-12.3.1.1 Hygienekommission

Hygienekommission

Wurde eine Hygienekommission eingerichtet? Ja

Wenn ja, Tagungsfrequenz der Hygienekommission quartalsweise

Kontaktdaten des Kommissionsvorsitzenden

Funktion / Arbeitsschwerpunkt Leitender Arzt in der Medizinischen Klinik

Titel, Vorname, Name Dr. Ulrich Rosien

Telefon 040 51125 5001

Fax 040 51125 5011

E-Mail u.rosien@ik-h.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

#	Option	Auswahl
1	Hygienische Händedesinfektion	Ja
2	Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	Ja
3	Beachtung der Einwirkzeit	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
1	Sterile Handschuhe	Ja

Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen

#	Option	Auswahl
2	Steriler Kittel	Ja
3	Kopfhaube	Ja
4	Mund-Nasen-Schutz	Ja
5	Steriles Abdecktuch	Ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Leitlinie zur Antibiotikatherapie

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor

Auswahl Ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder

anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft

Auswahl Ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor

Auswahl Ja

Der interne Standard thematisiert insbesondere

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

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

Auswahl Ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Allgemeinstationen

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde auf allen Allgeminestationen erhoben Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminestationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminestationen (Einheit: ml/Patiententag) 31,15

Intensivstationen

Angabe des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf allen Intensivstationen Ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen (Einheit: ml/Patiententag) 120,75

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen

Auswahl Ja

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

Umgang mit Patienten mit MRE (1)

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

Umgang mit Patienten mit MRE (2)

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hygienebezogenes Risikomanagement

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	HM04: Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) Teilnahme ASH: Teilnahme (ohne Zertifikat)
2	HM03: Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen Name: Gründungs-Mitglied des Hamburger Netzwerk "Multiresistente Erreger"
3	HM05: Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten
4	HM01: Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten: http://www.hkgev.de/hygiene.html
5	HM09: Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"><i>Mindesten 1 x jährliche Teilnahme an einer Hygienefortbildung ist Teil der Fortbildungspflichtenmatrix des Israelitischen Krankenhauses</i></div>

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
---	-------------------------------	----------

Lob- und Beschwerdemanagement

#	Lob- und Beschwerdemanagement	Erfüllt?
1	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja <i>Beschwerdebeauftragte, Hamburger Erklärung zum patientenorientierten Umgang mit Beschwerden, zertifiziertes kundenorientiertes Beschwerdemanagement (HIFB)</i>
2	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja <i>Halbjährliche und jährliche Auswertung.</i>
3	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja <i>Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement</i>
4	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja <i>Verfahrensanweisung Beschwerdemanagement</i>
5	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja <i>24 Stunden</i>
6	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja http://www.ik-h.de/patienten-service/beschwerdemanagement-lob-kritik.html <i>Beschwerdebeauftragte (freigestellt mit Aufgabenbeschreibung)</i>
7	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Ja <i>Verbraucher Zentrale Hamburg;</i>
8	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja http://www.ik-h.de/fileadmin/mediapool/pdf/Beschwerdeanzeige_2014.pdf <i>Formular und Internet</i>
9	Patientenbefragungen	Ja http://www.hamburger-krankhausspiegel.de/patientenzufriedenheit/ <i>Patientenbefragung im Hamburger Krankhausspiegel Liegen von den Krankenkassen vor. Patientenbefragung im Tonus von 3 Jahren Inhouse</i>
10	Einweiserbefragungen	Ja <i>3 Jähriger Tonus Einweiserbefragungen</i>

Ansprechperson mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Beschwerdebeauftragte
Titel, Vorname, Name	Birgit Steffens
Telefon	040 51125 6110
E-Mail	beschwerdemanagement@ik-h.de

Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Verbraucherzentrale Hamburg Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz
Titel, Vorname, Name	Jochen Dr. Sunken;
Telefon	040 24832 132
Fax	040 24832 2132
E-Mail	jochen.sunken@vzhh.de

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird. Arzneimitteltherapiesicherheit ist uns eine wichtige Aufgabe, über deren Komplexität wir uns bewusst sind. Oft kommen unsere Patienten mit einer breiten Medikation, die durch verschiedene (Fach-)Ärzte in der ambulanten Behandlung initiiert wurde. Unverträglichkeiten der Medikamente und Interaktionen nehmen mit der Zahl der verordneten Substanzen aber auch mit Lebensalter und Funktionsstörungen von Niere und Leber zu. Seit 2014 verwenden wir ein Computerprogramm, das die verordneten Medikamente auch unter Berücksichtigung von Alter und Organfunktionen sowie Warnhinweisen analysiert. Darüberhinaus überrüft eine externe Fach-Apothekerin regelmäßige die Arzneimittelverordnungen auf den Stationen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der regelmäßig aktualisierte Antibiotikaleitfaden und seit 2018 die Etablierung eines systematischen Antibiotic Stewardship (ABS).

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person

Wurde eine verantwortliche Person festgelegt?	ja – entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement
---	---

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzahl Apotheker	0
Anzahl weiteres pharmazeutisches Personal	0

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.

Instrumente und Maßnahmen AMTS

#	Instrument bzw. Maßnahme
1	AS01: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
2	AS02: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
3	AS04: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
4	AS07: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
5	AS08: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
6	AS10: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln
7	AS12: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern
8	AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung

Zu AS10: 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)
- Sonstige elektronische Unterstützung (bei z.B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): wöchentlich fach-pharmazeutische Visiten

Zu AS12: 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 Kapitel 12.2.3.2)

Zu AS13: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach

Entlassung

- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder 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

#	Gerätenummer	24h verfügbar
1	AA50 - Kapselendoskop	Keine Angabe erforderlich <i>Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung</i> <i>Videokamera in der Größe einer Antibiotikatablette, die 2 Aufnahmen pro Sekunde an einen Recorder sendet, der später ausgewertet wird.</i>
2	AA22 - Magnetresonanztomograph (MRT)	Ja <i>Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder</i> <i>24-h-Verfügbarkeit in radiologischer Praxis auf dem Klinikgelände (mehr als 6000 ambulante und stationäre Untersuchungen in der Praxis)</i>
3	AA57 - Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> <i>Radiofrequenzablation bei bösartigen Tumoren (Metastasen) in der Leber und in den Gallenwegen UND Argonplasmakoagulation im Verdauungstrakt (letzteres 24 Std. verfügbar)</i>
4	AA33 - Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Keine Angabe erforderlich <i>Harnflussmessung</i>
5	AA10 - Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Ja <i>Hirnstrommessung</i> <i>Neurologische Praxis auf dem Klinikgelände in Kooperation</i>

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Gerätenummer	24h verfügbar
6	AA43 - Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Keine Angabe erforderlich <i>Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden</i> <i>auf dem Klinikgelände in Kooperation</i>
7	AA14 - Gerät für Nierenersatzverfahren	Ja <i>Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)</i> <i>Auf unserer interdisziplinären Intensivstation besteht jederzeit die Möglichkeit zur kontinuierlichen Hämodialyse.</i>
8	AA18 - Hochfrequenzthermotherapiegerät	Keine Angabe erforderlich <i>Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik</i> <i>Radiofrequenzablation bei bösartigen Tumoren (Metastasen) in der Leber und in den Gallenwegen</i>
9	AA08 - Computertomograph (CT)	Ja <i>Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen</i> <i>24-h-Verfügbarkeit in der radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände (mehr als 6500 Untersuchungen an ambulanten und stationären Patienten in der Praxis)</i>
10	AA01 - Angiographiegerät/DSA	Ja <i>Gerät zur Gefäßdarstellung</i> <i>Angiographien sind sowohl in der radiologischen als auch kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände verfügbar</i>
11	AA69 - Linksherzkatheterlabor (X)	Nein <i>Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße</i> <i>Linksherzkatheterlabor in der kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände</i>

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das

bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an einer Notfallstufe

Notfallstufe bereits vereinbart?	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erläuterungen	Das Krankenhaus hält alle strukturellen und personellen Kriterien für die Notfallversorgung vor. Der Versorgungsplan der Hansestadt Hamburg sieht keine Teilnahme der Klinik an der Notfallversorgung.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung

Erfüllt	Nein
---------	------

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	Nein
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[0100] Medizinische Klinik

B-[0100].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Medizinische Klinik

B-[0100].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	0100 - Innere Medizin

B-[0100].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Cheförztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Ärztlicher Direktor und Direktor der Medizinischen Klinik
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Peter Layer
Telefon	040 51125 5001
Fax	040 51125 5009
E-Mail	med@ik-h.de
Strasse	Orchideenstieg
Hausnummer	14
PLZ	22297
Ort	Hamburg
URL	http://www.ik-h.de/medizinische-klinik.html

B-[0100].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[0100].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VR41 - Interventionelle Radiologie</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><i>In ausgewählten Situationen muss z.B. die Gallenflüssigkeit oder eine Entzündung nach außen abgeleitet werden. Diese Interventionen führen wir unter radiologischer Durchleuchtungskontrolle und Sonographie durch.</i></p> </div>
	<p>VI27 - Spezialsprechstunde</p> <p><i>Sprechstunde für Endosonographie und interventionelle Endoskopie. Vorstationäre und Privat-Sprechstunde für besondere gastroenterologische Fragestellungen (chron. entzündliche Darmerkrankungen, Motilitätsstörungen von Speiseröhre/Magen/Dünn-/Dickdarm, funktionelle Erkrankungen des Magendarmtraktes)</i></p>
3	<p>VC26 - Metall-/Fremdkörperentfernungen</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><i>Entfernung von verschluckten Fremdkörpern aus dem Verdauungstrakt</i></p> </div>
4	<p>VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen</p> <p><i>vgl. VI35; pro Jahr erfolgen mehr als 2800 endoskopische Operationen im Bereich der Verdauungstraktes einschließlich Leber, Gallenwege und Bauchspeicheldrüse</i></p>
5	<p>VR15 - Arteriographie</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><i>Die radiologische Darstellung von Gefäßen erfolgt in der Röntgenpraxis auf dem Klinikgelände durch dreidimensionale Darstellungen aus computertomographischen und kernspintomographischen Aufnahmen.</i></p> </div>
6	<p>VN15 - Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems</p> <p><i>In der Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems besteht eine enge Kooperation mit einer Neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
7	<p>VI24 - Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen</p> <p><i>Eine Besonderheit bei der Behandlung älterer Menschen ist das erhöhte Risiko von Nebenwirkungen der Medikamente. Unser Programm zur Arzneimittelsicherheit überwacht die Medikamentendosierung im Alter (Priskus-Liste). Dem erhöhten Sturzrisiko der Älteren begegnen wir durch Schulung der Mitarbeiter.</i></p>
8	<p>VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)</p> <p><i>Nach der Zahl der stationär behandelten Patienten mit Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts nimmt die Medizinische Klinik in Hamburg eine Spitzenposition ein. Schwerpunkte sind Tumorerkrankungen, chronische Entzündungen, gastrointestinale Motilitätsstörungen und endoskopische Behandlungen</i></p>
9	<p>VU02 - Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz</p> <p><i>Ein Einschränkung der Nierenfunktion ist oft Folge einer anderen Erkrankung (z.B. Bluthochdruck). Medikamente können sie verstärken. Mögliche Auswirkungen/Interaktionen von Medikamenten auf die Nierenfunktion überwachen wir mit einer Software zur Arzneimittelsicherheit.</i></p>
10	<p>VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis</p> <p><i>Blutvergiftungen stellen bedrohliche Erkrankungen dar, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen. Auf unserer interdisziplinären Intensivstation können bis zu 12 Patienten mit derartig schweren Krankheiten behandelt werden.</i></p>
11	<p>VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Konventionelle Röntgenaufnahmen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (mehr als 6000 ambulante und stationäre Untersuchungen pro Jahr). Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.</i></p>
12	<p>VR04 - Duplexsonographie</p> <p><i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon über 400 unter Einsatz der Duplexsonographie.</i></p>
13	<p>VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren</p> <p><i>Computertomographien (CT) an einem modernen 128-Schichten-Gerät werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar). Durch spezielle Analysen sind z.B. dreidimensionale Darstellung der Blutgefäße der Verdauungsorgane möglich.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	<p>VI33 - Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen</p> <p>14 <i>An Störungen der Blutgerinnung ist zu denken bei wiederholten Blutgerinnseln (Beinvenenthrombose, Lungenembolie) ohne äußere Ursache. Sie können relevant sein bei Interventionen, z.B. der Abtragung eines Polypen. Komplexe Gerinnungsanalysen erfolgen durch ein externes Labor.</i></p>
	<p>VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs</p> <p>15 <i>Ein gesunder Darmausgang ist für die Lebensqualität wichtig. Er kann durch Entzündung, Tumoren oder nach (Geburts-)Verletzung beeinträchtigt sein. Bildgebende Diagnostik und Prüfung der Funktion ermöglichen eine gezielte Behandlung (z.B. Biofeedback, sakraler Schrittmacher)</i></p>
	<p>VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p> <p>16 <i>Blutarmut (Anämie) entsteht durch erhöhten Verlust (z.B. über den Darm) oder verminderte Bildung durch Erkrankungen des Knochenmarkes oder gestörte Aufnahme von Eisen oder Vitaminen. Hämatologische Erkrankungen betreffen aber auch die weißen Blutzellen und die Lymphknoten.</i></p>
	<p>VP14 - Psychoonkologie</p> <p>17 <i>Neben moderner Diagnostik und Behandlung von Tumoren wird den Betroffenen eine spezialisierte Betreuung durch eine erfahrene Psychologin angeboten. Die psychologische Betreuung ist auch Teil des Leistungsangebotes bei fortgeschrittenen Tumorleiden (Palliativmedizin).</i></p>
	<p>VR16 - Phlebographie</p> <p>18 <i>Kontrastmitteldarstellungen von Venen erfolgen in Kooperation mit der radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände. Meist diagnostizieren wir Venenverschlüsse durch Blutgerinnsel jedoch strahlungsfrei sondern durch farbkodierte Dopplerultraschalluntersuchungen.</i></p>
	<p>VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas</p> <p>19 <i>Die Medizinische Klinik verfügt über besondere Erfahrung in der Behandlung dieser drei Organe und wendet hierbei spezifische Funktionstests, Kernspintomographie und Endosonographie sowie therapeutische Eingriffe durch Endoskopie (ERCP) oder perkutan (PTD) an</i></p>
	<p>VD20 - Wundheilungsstörungen</p> <p>20 <i>Die qualifizierte Versorgung erfolgt durch das Wundteam der Pflege in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
21	<p>VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen</p> <p><i>Neben dem 24-Stunden-Langzeit-EKG können wir Herzrhythmusstörungen drahtlos und kontinuierlich bei Patienten auf allen Stationen überwachen. Invasive Rhythmusuntersuchungen sind in der kardiologischen Praxis auf dem Gelände möglich.</i></p> <p>VR10 - Computertomographie (CT), nativ</p>
22	<p><i>Computertomographien (CT) werden an einem modernen 64-Zeilen-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, ca. 6500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).</i></p>
23	<p>VN01 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen</p> <p><i>Erkrankungen der das Gehirn versorgenden Gefäße können wir durch (Farb-)Doppler sowie Computer- und Kernspintomographie mit Gefäßdarstellung und Diffusionsgewichtung erkennen. Eng arbeiten wir dabei mit den Kollegen der neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände zusammen.</i></p> <p>VD04 - Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut</p>
24	<p><i>Haut und Unterhaut können begleitend bei einer Reihe von Erkrankungen der Verdauungsorgane betroffen sein (z.B. bei chronischer Virusentzündung der Leber). Bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen kann es zu entzündlichen Gängen (Fisteln) vom Darm zur Haut kommen.</i></p>
25	<p>VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten</p> <p><i>Der Darm ist die weitaus größte Kontaktfläche zur Umwelt und dadurch auch häufige Eintrittspforte für Krankheitserreger. Infektionen der Verdauungsorgane sind daher ein Behandlungsschwerpunkt unserer Klinik. Dank konsequenter Hygiene sind wir mehr als seit 8 Jahren ohne Erkrankungsausbrüche.</i></p> <p>VC05 - Schrittmachereingriffe</p>
26	<p><i>Eine Behandlung durch Einsetzen eines Schrittmachers erfolgt überwiegend in Zusammenarbeit mit einer großen kardiologischen Praxis, die auf dem Klinikgelände einen Linksherzkathetermessplatz betreibt.</i></p>
27	<p>VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge</p> <p><i>Lungenfunktionsprüfungen dienen der Lenkung der Behandlung von chronischen Atemwegenerkrankungen. Vor großen Eingriffen können Risiken erkannt und behandelt werden. Es besteht eine Kooperation mit einer Lungenfachpraxis, die Atemwegspiegelungen in der Endoskopie des Krankenhauses durchführt.</i></p> <p>VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten</p>
28	<p><i>Invasive Diagnostik (Koronarangiographie) und Therapie (Ballonkatheterdilatation und Stent-Versorgung) erfolgen in Kooperation mit einer kardiologischen Facharztpraxis (Linksherzkathetermessplatz auf dem Klinikgelände).</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
29	<p>VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten</p> <p><i>Neben den klassischen hormonellen Erkrankungen der Schilddrüse werden Diabetes mellitus und endokrin aktive Tumorerkrankungen von Bauchspeicheldrüse, Darm und Leber behandelt.</i></p>
30	<p>VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin</p> <p><i>Der akute Schlaganfall sollte in geeigneten Situationen auf einer stroke-unit behandelt werden, zu der wir Patienten nach akut-Versorgung verlegen. Akute Verschlechterungen bei ihren chronisch neurologisch Kranken behandelt das Team der neurologischen Facharztpraxis in Kooperation mit der Klinik.</i></p>
31	<p>VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Computertomographien (CT) mit Kontrastmittel an einem modernen 64-Zeilen-Gerät werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, ca.6500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).</i></p>
32	<p>VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren</p> <p><i>Verengungen an größeren Gefäßen können wir durch (Farb-)Doppler, CT und Kernspintomographie darstellen.</i></p>
33	<p>VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten</p> <p><i>Vgl. VR16. Erkrankungen der Lymphknoten können entzündlich (z.B. Tuberkulose) oder durch Tumoren verursacht sein: Metastasen von Karzinomen oder primäre Tumoren der Lymphzellen (Lymphome). Die Darstellung erfolgt durch Sonographie, CT und MRT. Bei Tumoren ist meist eine Chemotherapie notwendig.</i></p>
34	<p>VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura</p> <p><i>Das Rippenfell ist häufig begleitend erkrankt bei Krankheiten der Lunge (z.B. Lungenentzündung). Wenn diagnostisch erforderlich, wird eine Spiegelung der Rippenfellhöhle durch die Chirurgische Klinik durchgeführt</i></p>
35	<p>VN23 - Schmerztherapie</p> <p><i>Siehe VI40</i></p>
36	<p>VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>MRT mit Kontrastmittel werden mit einem modernen 1,5 Tesla-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, 8500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
37	<p>VR24 - Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren</p> <p><i>3-D-Rekonstruktionen, z.B. von Gefäßen und Diffusionsgewichtete Darstellungen, die Flüssigkeitsbewegungen abbilden (im Gehirn).</i></p>
38	<p>VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen</p> <p><i>Nierenerkrankungen können durch Untersuchungen des Blutes und des Urins sowie durch Ultraschall und andere bildgebenden Verfahren erkannt werden. Selten sind dafür Probeentnahmen aus einer Niere notwendig, die wir in einem erfahrenen Dialysezentrum durchführen lassen.</i></p>
39	<p>VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p> <p><i>MRT werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar, 8500 stationäre und ambulante Untersuchungen pro Jahr).</i></p>
40	<p>VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums</p> <p><i>Entzündliche oder durch einen Tumor hervorgerufene Erkrankung des Bauchfells diagnostizieren wir durch Punktion und Analyse von Bauchhöhle-Flüssigkeit oder durch eine Bauchhöhlenspiegelung (Chirurgische Klinik).</i></p>
41	<p>VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung</p> <p><i>Durch spezielle Analysen werden dreidimensionale Darstellungen der Verdauungsorgane anhand kernspintomographischer, computertomographischer und sonographischer Bilder möglich.</i></p>
42	<p>VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)</p> <p><i>Knochendichtemessungen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht.</i></p>
43	<p>VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><i>Ein besonderer Schwerpunkt besteht bei Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Seit Juni 2021 sind wir als Viszeralonkologisches Zentrum für Darmkrebs und Pankreaskrebs (Bauchspeicheldrüse) durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert.</i></p>
44	<p>VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern</p> <p><i>Ultraschall, Computertomographie und Kernspintomographie ermöglichen zahlreiche Bestimmungen: Gewebedichte, Gewebedurchblutung, Gewebedurchlässigkeit für Flüssigkeiten, Gefäßdurchblutung (Volumen und Geschwindigkeit). Bei gleicher Aussage nutzen wir das Verfahren der geringeren Belastung</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
45	<p>VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit</p> <p><i>Zu Durchblutungsstörungen des Herzens vgl. VI01, zu Herzrhythmusstörungen VI31. Die Echokardiographie ist ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel (ca. 1300 Untersuchungen pro Jahr). Eine Herzschwächen oder Rhythmusstörung kann durch regelmäßig eingenommene Medikamente behandelt werden.</i></p>
46	<p>VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p>
47	<p>VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren</p> <p><i>Intraoperativ wenden wir Ultraschall an, um spezielle Läsionen vor einer Therapie darzustellen: z.B. Thermoablation von Metastasen in der Leber oder Drainage von Abszessen oder Gallenwegen.</i></p>
48	<p>VI35 - Endoskopie</p> <p><i>8800 Untersuchungen/Jahr. Kapsel-/ Dünndarmendoskopie, Endosonographie. Endoskopische Therapie bei Frühkarzinomen (EMR, ESD); Achalasie, Zenker, Pylorusspasmus (POEM); Nekroseausräumung (Pankreatitis) endoskopische, endosonographische, perkutane Interventionen an Gallenwegen u. Pankreas (ERCP,PTD)</i></p>
49	<p>VI20 - Intensivmedizin</p> <p><i>Auf der interdisziplinären Intensivstation können bis zu 12 Patienten gleichzeitig intensivmedizinisch betreut werden (einschließlich maschineller Beatmung). 2021 wurde hier 968 Patienten behandelt, davon 139 mit künstlicher Beatmung.</i></p>
50	<p>VI06 - Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten</p> <p><i>Erkrankungen der hirnversorgenden Gefäße begünstigen z.B. einen Gehirnschlag. Durch Farbdoppler, CT und MRT können wir diese Gefäße untersuchen. In ausgewählten Situationen ist eine Gefäß-Dehnung möglich durch das Ärzte-Team der kardiologischen Praxis (auf dem Gelände).</i></p>
51	<p>VI34 - Elektrophysiologie</p> <p><i>Das auf dem Klinikgelände ansässige Team aus 4 Kardiologen führt neben Herzkatheteruntersuchungen auch elektrophysiologische Untersuchungen zur Diagnostik und Behandlung bei bestimmten Herzrhythmusstörungen durch.</i></p>
52	<p>VI38 - Palliativmedizin</p> <p><i>Wir fühlen uns für die Betreuung tumorkrankter Patienten auch jenseits heilender Therapien verantwortlich. Unser Team ermöglicht eine qualifizierte ärztliche, pflegerische, psychologische, physiotherapeutischen und musiktherapeutische Betreuung.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
53	<p>VI39 - Physikalische Therapie</p> <p><i>Physikalische Behandlung (z.B. krankengymnastische Übungen) werden täglich auf den Stationen angewendet, um eine rasche Erholung zu unterstützen. Sie wird durchgeführt durch das erfahrene Team einer physiotherapeutischen Praxis auf dem Klinikgelände</i></p>
54	<p>VI40 - Schmerztherapie</p> <p><i>Erfolgreiche Schmerztherapie ist für alle Patienten von besonderen Bedeutung. In Kooperation mit Anästhesisten und Neurologen bieten wir eine auf den Einzelnen zugeschnittene Behandlung, bei der auch Akupunktur und endosonographisch gezielte Plexusblockade integriert werden können.</i></p>
55	<p>VI37 - Onkologische Tagesklinik</p> <p><i>Eine ambulante onkologische Therapie durch Krankenhausärzte wird für privatversicherte Patienten mit qualifiziertem Personal durchgeführt. Für alle Patienten zugänglich ist eine hämato-onkologische Praxis auf dem Klinikgelände.</i></p>
56	<p>VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen</p> <p><i>Krankhafte Reaktionen des Körpers auf die Umwelt oder eigenes Gewebe (Autoimmunerkrankungen) äußern sich häufig an Darm, Bauchspeicheldrüse (Autoimmunpankreatitis) und Leber (Autoimmunhepatitis)</i></p>
57	<p>VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren</p> <p><i>Radiologische Untersuchungen von Speiseröhre und Magen-Darm-Trakt werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.</i></p>
58	<p>VU15 - Dialyse</p> <p><i>kontinuierliche (=schonende) Blutwäsche (Hämodialyse) auf der Intensivstation</i></p>
59	<p>VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung</p> <p><i>Einige endoskopische Behandlungen werden zur Sicherheit der Patienten unter Durchleuchtungskontrolle durchgeführt: z.B. Einlegen von Stents, die Darm oder Gallenwege offen halten. Die meisten diese Verfahren sind endoskopisch, einige erfolgen endosonographisch oder minimal invasiv durch die Haut.</i></p>
60	<p>VI23 - Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)</p> <p><i>Angeborene und z.B. medikamentös erworbene Minderung der Abwehr von Infektionen begünstigt das Auftreten von Erkrankungen der Lunge oder des Magen-Darm-Traktes durch Parasiten oder seltene Erreger.</i></p>
61	<p>VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien</p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
62	<i>Einige chronische Erkrankungen, auf die die Medizinischen Klinik spezialisiert ist, treten bereits in der Kindheit auf (z. B. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa). Bei Heranwachsenden und Jugendlichen unterstützen wir die betreuenden Kinderärzte (z. B. durch diagnostische/endoskopische Leistungen).</i>
	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
63	<i>Chronische Bronchitis und Asthma bronchiale sind häufige Erkrankungen im Erwachsenenalter, die langfristig auch den Lungenkreislauf und das Herz schädigen können. Wir kooperieren auf diesem Gebiet mit erfahrenen Ärzten für Lungenheilkunde (Pulmologen) und Herzspezialisten (Kardiologen).</i>
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
64	<i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon ca. 600 Untersuchungen unter Einsatz von (jodfreiem) Ultraschallkontrastmittel. Dies ermöglicht u.a. Entdeckung und Charakterisierung von Lebertumoren ohne Röntgenstrahlen.</i>
	VR02 - Native Sonographie
65	<i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Die Medizinische Klinik verfügt über 4 Ultraschallgeräte mit Farbdoppler, kontrastverstärkte Sonographie und Fusionsdarstellung von Sonographie und Computertomographie in einem Gerät.</i>
	VR06 - Endosonographie
66	<i>Mit ca. 1500 Endosonographien pro Jahr (innerer Ultraschall von Verdauungsorganen) ist das Krankenhaus ein ausgewiesenes Zentrum. Untersuchungen können auch ambulant auf fachärztliche Überweisung erfolgen. Therapeutisch werden Schmerztherapien, Pankreasdrainagen und Galleableitung durchgeführt</i>
67	VU05 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
68	<i>24-h-Blutdruckmessung, Belastungsuntersuchungen und Echokardiographie sind diagnostischer Standard bei Hochdruckkrankheit. Wenn weitere Erkrankungen vorliegen (Diabetes, Niereninsuffizienz), kann eine stationäre Einstellung des Blutdrucks durch Medikamente notwendig sein.</i>
	VN13 - Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
69	<i>Es besteht eine enge Kooperation mit einer neurologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände mit Schwerpunkt bei der Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
70	<i>Die eindimensionale Dopplersonographie kann benutzt werden, um nach Engstellen in Arterien zu suchen. Häufiger setzen wir aber die farbkodierte Dopplersonographie ein, die ein Bild des Gefäßes und des Blutflusses ermöglicht.</i>
71	VU04 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
72	<i>Das Israelitische Krankenhaus verfügt über langjährige Erfahrung in der Behandlung von Morbus Cohn und Colitis ulcerosa mit enger Zusammenarbeit seiner gastroenterologischen, viszeralchirurgischen und proktologischen Spezialisten (534 stationäre und ambulante Patienten im Jahr 2021)</i>

B-[0100].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4392
Teilstationäre Fallzahl	445
Kommentar/Erläuterung	Teilstationär: Gastroenterologische Tagesklinik ab 05/2021

B-[0100].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K63.5	Polyp des Kolons	389
2	K31.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Magens und des Duodenums	176
3	K63.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Darmes	169
4	K22.0	Achalasie der Kardie	121
5	K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	121
6	K62.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Anus und des Rektums	75
7	K59.09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Obstipation	69
8	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	68

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	65
10	K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	65
11	K52.8	Sonstige näher bezeichnete nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	65
12	K22.2	Ösophagusverschluss	63
13	K59.8	Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörungen	63
14	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	60
15	K80.50	Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	57
16	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	56
17	K86.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Pankreas	50
18	K58.8	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes Reizdarmsyndrom	49
19	R10.4	Sonstige und nicht näher bezeichnete Bauchschmerzen	49
20	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	46
21	D13.2	Gutartige Neubildung: Duodenum	43
22	K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis	39
23	D12.2	Gutartige Neubildung: Colon ascendens	36
24	I25.13	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	34
25	K83.1	Verschluss des Gallenganges	34
26	I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal	33
27	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	33
28	R13.9	Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie	32
29	K59.01	Obstipation bei Stuhlentleerungsstörung	30
30	R10.1	Schmerzen im Bereich des Oberbauches	30

B-[0100].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K63	Sonstige Krankheiten des Darmes	560
2	K22	Sonstige Krankheiten des Ösophagus	324
3	K31	Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	228
4	K59	Sonstige funktionelle Darmstörungen	202
5	K86	Sonstige Krankheiten des Pankreas	137
6	D12	Gutartige Neubildung des Kolons, des Rektums, des Analkanals und des Anus	123
7	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	121
8	C25	Bösartige Neubildung des Pankreas	116
9	K57	Divertikulose des Darmes	114
10	K58	Reizdarmsyndrom	88

B-[0100].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[0100].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	1585
2	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	1465
3	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	1245
4	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	990
5	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	592
6	5-469.d3	Andere Operationen am Darm: Clippen: Endoskopisch	572

Qualitätsbericht 2021
Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
7	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	565
8	5-469.e3	Andere Operationen am Darm: Injektion: Endoskopisch	554
9	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	549
10	1-313.1	Ösophagusmanometrie: Hochauflösende Manometrie	538
11	1-440.9	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: Stufenbiopsie am oberen Verdauungstrakt	515
12	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	398
13	1-316.11	pH-Metrie des Ösophagus: Langzeit-pH-Metrie: Mit Langzeit-Impedanzmessung	397
14	3-056	Endosonographie des Pankreas	358
15	5-452.61	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von 1-2 Polypen mit Schlinge	330
16	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	309
17	5-452.62	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, endoskopisch, einfach (Push-Technik): Polypektomie von mehr als 2 Polypen mit Schlinge	302
18	1-315	Anorektale Manometrie	273
19	3-055.0	Endosonographie der Gallenwege und der Leber: Gallenwege	265
20	3-990	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	252
21	1-640	Diagnostische retrograde Darstellung der Gallenwege	235
22	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	210

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
23	9-984.8	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3	203
24	3-137	Ösophagographie	201
25	9-984.b	Pflegebedürftigkeit: Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad	179
26	3-825	Magnetresonanztomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	174
27	5-452.a0	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Anzahl der Polypen mit mehr als 2 cm Durchmesser: 1 Polyp	143
28	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	131
29	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	127
30	5-513.21	Endoskopische Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Mit Ballonkatheter	111

B-[0100].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-632	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie	1596
2	1-760	Belastungstest mit Substanzen zum Nachweis einer Stoffwechselstörung	1585
3	1-650	Diagnostische Koloskopie	1435
4	5-469	Andere Operationen am Darm	1207
5	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas	1195
6	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	990
7	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	963
8	5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	956
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	872

10	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	549
----	-------	---	-----

B-[0100].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[0100].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM08 - Notfallambulanz (24h)	
2	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	
3	AM07 - Privatambulanz	<p>Prof. Dr. Layer</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p><i>Ambulante Behandlung auf dem gesamten Gebiet der inneren Medizin mit besonderem Schwerpunkt bei den Erkrankungen der Verdauungsorgane</i></p> </div>
4	AM05 - Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)	<p>Kassenärztliche Ermächtigung Dr. Rosien</p> <p><i>Ermächtigung für Therapeutische Endoskopie, Endosonographie, diagnostische und therapeutische Untersuchungen an Gallenwegen und Bauchspeicheldrüsen (ERCP) auf Überweisung durch endoskopisch tätige Fachärzte</i></p>

B-[0100].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz (24h)	VI29 - Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
2	Notfallambulanz (24h)	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
3	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
4	Notfallambulanz (24h)	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
5	Notfallambulanz (24h)	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Ambulanz	Leistung
6	Notfallambulanz (24h)	VI22 - Diagnostik und Therapie von Allergien
7	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
8	Notfallambulanz (24h)	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
9	Notfallambulanz (24h)	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
10	Notfallambulanz (24h)	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
11	Notfallambulanz (24h)	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
12	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
13	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
14	Notfallambulanz (24h)	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
15	Notfallambulanz (24h)	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
16	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
17	Notfallambulanz (24h)	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
18	Notfallambulanz (24h)	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
19	Notfallambulanz (24h)	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
20	Notfallambulanz (24h)	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
21	Notfallambulanz (24h)	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
22	Notfallambulanz (24h)	VI16 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Ambulanz	Leistung
23	Notfallambulanz (24h)	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
24	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
25	Notfallambulanz (24h)	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
26	Notfallambulanz (24h)	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
27	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
28	Notfallambulanz (24h)	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
29	Notfallambulanz (24h)	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
30	Notfallambulanz (24h)	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
31	Notfallambulanz (24h)	VI35 - Endoskopie
32	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI35 - Endoskopie
33	Notfallambulanz (24h)	VI38 - Palliativmedizin
34	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI38 - Palliativmedizin
35	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VI40 - Schmerztherapie
36	Notfallambulanz (24h)	VI40 - Schmerztherapie
37	Kassenärztliche Ermächtigung Dr. Rosien	VK06 - Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
38	Kassenärztliche Ermächtigung Dr. Rosien	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
39	Kassenärztliche Ermächtigung Dr. Rosien	VI35 - Endoskopie

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Ambulanz	Leistung
40	Kassenärztliche Ermächtigung Dr. Rosien	VR06 - Endosonographie
41	Kassenärztliche Ermächtigung Dr. Rosien	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
42	Prof. Dr. Layer	VI43 - Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
43	Prof. Dr. Layer	VI07 - Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
44	Prof. Dr. Layer	VI02 - Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
45	Prof. Dr. Layer	VI30 - Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
46	Prof. Dr. Layer	VI10 - Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
47	Prof. Dr. Layer	VI15 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
48	Prof. Dr. Layer	VI14 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
49	Prof. Dr. Layer	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
50	Prof. Dr. Layer	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
51	Prof. Dr. Layer	VI09 - Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
52	Prof. Dr. Layer	VI31 - Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
53	Prof. Dr. Layer	VI19 - Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
54	Prof. Dr. Layer	VI01 - Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
55	Prof. Dr. Layer	VI04 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
56	Prof. Dr. Layer	VI05 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
57	Prof. Dr. Layer	VI13 - Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Ambulanz	Leistung
58	Prof. Dr. Layer	VI08 - Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
59	Prof. Dr. Layer	VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
60	Prof. Dr. Layer	VI17 - Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
61	Prof. Dr. Layer	VI03 - Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
62	Prof. Dr. Layer	VR04 - Duplexsonographie
63	Prof. Dr. Layer	VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie
64	Prof. Dr. Layer	VI35 - Endoskopie
65	Prof. Dr. Layer	VR06 - Endosonographie
66	Prof. Dr. Layer	VR02 - Native Sonographie
67	Prof. Dr. Layer	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel

B-[0100].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[0100].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	359
2	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	169
3	1-444.6	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: Stufenbiopsie	87
4	1-650.1	Diagnostische Koloskopie: Total, bis Zäkum	14
5	1-650.0	Diagnostische Koloskopie: Partiell	6
6	5-378.52	Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	< 4
7	5-377.1	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	< 4

B-[0100].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	1-650	Diagnostische Koloskopie	379
2	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	256

B-[0100].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[0100].11 Personelle Ausstattung

B-[0100].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	29,92
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	29,92
Fälle je Vollkraft	146,79
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	17,12
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	17,02
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	17,12

Fälle je Vollkraft	256,54
--------------------	--------

B-[0100].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ23 - Innere Medizin
2	AQ26 - Innere Medizin und Gastroenterologie

B-[0100].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF01 - Ärztliches Qualitätsmanagement
2	ZF25 - Medikamentöse Tumorthherapie
3	ZF30 - Palliativmedizin
4	ZF02 - Akupunktur
5	ZF22 - Labordiagnostik – fachgebunden –
6	ZF38 - Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-[0100].11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	69,45
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	61,35
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	8,1
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	69,45
Fälle je Vollkraft	63,24

Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	4,19
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,19
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0

Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	4,19
Fälle je Vollkraft	1048,21

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,72
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,72
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,72
Fälle je Vollkraft	2553,49

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,81
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,81
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,81
Fälle je Vollkraft	2426,52

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	7,27
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,27
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	7,27
Fälle je Vollkraft	604,13

B-[0100].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege <i>17 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.</i>
2	PQ02 - Diplom <i>Pflegewirt/in</i>
3	PQ01 - Bachelor <i>2 Pflegekraft</i>
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert</i>
5	PQ06 - Master <i>2 Pflegekraft</i>
6	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege <i>7 weitergebildete Pflegekräfte</i>
7	PQ20 - Praxisanleitung <i>16 weitergebildete Pflegekräfte</i>
8	PQ21 - Casemanagement <i>1 Casemanagerin</i>

B-[0100].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP05 - Entlassungsmanagement
2	ZP13 - Qualitätsmanagement <i>Einen Qualitätsbeauftragten in der Pflege</i>
3	ZP18 - Dekubitusmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>

#	Zusatzqualifikation
4	ZP19 - Sturzmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
5	ZP08 - Kinästhetik
6	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
7	ZP14 - Schmerzmanagement <i>Vier weitergebildete Pain Nurses</i>
8	ZP20 - Palliative Care <i>Sechs weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
9	ZP06 - Ernährungsmanagement
10	ZP15 - Stomamanagement <i>eine externe Stomatherapeutin</i>
11	ZP16 - Wundmanagement <i>Drei weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>

B-[0100].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[1500] Chirurgische Klinik

B-[1500].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Hauptabteilung
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Chirurgische Klinik

B-[1500].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	1500 - Allgemeine Chirurgie

B-[1500].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Chirurgischen Klinik Leitung Viszeralonkologisches Zentrum (Viszeralchirurgie)
Titel, Vorname, Name	Prof. Dr. Jan-Hendrik Egberts
Telefon	040 51125 5101
Fax	040 51125 5102
E-Mail	J.Egberts@ik-h.de
Strasse	Orchideenstieg
Hausnummer	14
PLZ	22297
Ort	Hamburg
URL	http://www.ik-h.de/chirurgische-klinik.html

B-[1500].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[1500].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

#	Medizinische Leistungsangebote
1	<p>VR22 - Magnetresonanztomographie (MRT), nativ</p> <p><i>Magnetresonanztomographien (MRT) mit Kontrastmittel werden an einem modernem 1,5 Tesla Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Das Untersuchungsverfahren ist über 24 Stunden verfügbar.</i></p>
2	<p>VR23 - Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel</p> <p><i>Magnetresonanztomographien (MRT) an einem modernem 1,5 Tesla Gerät mit Kontrastmittel werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Das Untersuchungsverfahren ist über 24 Stunden verfügbar.</i></p>
3	<p>VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie</p> <p><i>80 Leber- und 76 Bauchspeicheldrüsenoperationen sowie ca. 730 Gallenblasenentfernungen stellen einen weiteren Schwerpunkt unserer Arbeit dar.</i></p>
4	<p>VC18 - Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen</p> <p><i>Verengungen an größeren Gefäßen können wir durch (Farb-)Doppler, CT und Kernspintomographie darstellen. Neben der konservativen Therapie bietet die Zusammenarbeit mit der kardiologischen Facharztpraxis auf dem Klinikgelände die Möglichkeit zur Ballondilatation.</i></p>
5	<p>VR03 - Eindimensionale Dopplersonographie</p> <p><i>Die eindimensionale Dopplersonographie ist ein gutes Verfahren, um nach Engstellen in Arterien zu suchen. Häufiger setzen wir aber die farbkodierte Dopplersonographie ein, die ein Bild des Gefäßes und des Blutflusses ermöglicht.</i></p>
6	<p>VR04 - Duplexsonographie</p> <p><i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon ca. 400 unter Einsatz der Duplexsonographie</i></p>
7	<p>VR01 - Konventionelle Röntgenaufnahmen</p> <p><i>Konventionelle Röntgenaufnahmen werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.</i></p>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VG08 - Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
8	<i>Die konsiliarische Mitbetreuung unserer Patientinnen bei gynäkologischen Erkrankungen erfolgt durch das Diakonie Klinikum Agaplesion. Bei Bedarf werden die entsprechenden Eingriffe von einem Team aus Spezialisten für Gynäkologie und Chirurgie gemeinsam durchgeführt.</i>
	VN18 - Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
9	<i>Der akute Schlaganfall sollte in geeigneten Situationen auf einer Stroke-unit behandelt werden, zu der wir Patienten nach der Akutversorgung verlegen. Akute Verschlechterungen von chronisch neurologisch Erkrankungen behandelt das Team der neurologischen Facharztpraxis in Kooperation mit der Klinik.</i>
	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
10	<i>Mit 200 Refluxoperationen, 180 kompletten oder Teilentfernungen des Magens sowie über 620 Dickdarmeingriffen im Jahr bei gut- und bösartigen Erkrankungen sind wir deutschlandweit eine der führenden Abteilungen.</i>
	VD20 - Wundheilungsstörungen
11	<i>Die qualifizierte Versorgung erfolgt durch das Wundteam der Pflege in Zusammenarbeit mit der chirurgischen Klinik. Hierbei wird bei problematischen Wunden durch den Einsatz von Vakuumtherapie und Okklusivverbänden oft eine zügigere Wundheilung erreicht.</i>
	VC68 - Mammachirurgie
12	<i>Gutartige oder bösartige Tumoren der Brustdrüse können von uns meist brusterhaltend entfernt werden.</i>
	VC21 - Endokrine Chirurgie
13	<i>Durch die große Erfahrung und Einsatz modernster Techniken (Nervenstimulationsgerät) können wir sehr gute Ergebnisse bei der Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen (über 30 Operationen pro Jahr) vorweisen. Die Eingriffe an der Nebenniere und Bauchspeicheldrüse werden oft laparoskopisch vorgenommen.</i>
	VR25 - Knochendichtemessung (alle Verfahren)
14	<i>Diese Untersuchung wird von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht.</i>
	VC19 - Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
15	<i>Zur Therapie von Krampfaderleiden werden in der Chirurgie stadiengerecht die erkrankten Venen entfernt. Dieser Eingriff ist gut verträglich und wird zumeist ambulant vorgenommen.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
16	<p>VC17 - Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen</p> <p><i>Die Behandlung von Engen z.B. der Halsschlagader und der Nierenarterien, aber auch der Herzkranzgefäße erfolgt in Kooperation auf dem Klinikgelände.</i></p>
17	<p>VC20 - Nierenchirurgie</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Im Rahmen der Entfernung von Tumoren im Bauchraum muss gelegentlich eine Niere entfernt werden. Die Entfernung von solchen Tumoren unter Mitnahme mehrerer Organe ist technisch sehr anspruchsvoll. Aufgrund unserer großen Erfahrung in der Sarkomchirurgie bieten wir hier eine besondere Expertise.</i></p> </div>
18	<p>VR26 - Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung</p> <p><i>Durch Spezielle Analysen werden dreidimensionale Darstellungen der inneren Organe anhand kernspintomographischer und computertomographische aber auch sonographischer Bilder möglich.</i></p>
19	<p>VR16 - Phlebographie</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Die Darstellung der Venen am Bein oder Arm erfolgt durch unsere kooperierende radiologische Praxis in unserem Haus. Zur Beurteilung der Venenklappen bei Krampfaderleiden vor einer Operation oder zum Ausschluss einer Thrombose können wir diese Untersuchung jederzeit durchführen.</i></p> </div>
20	<p>VI18 - Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p><i>Unserer besonderer Schwerpunkt liegt bei der Behandlung der Tumorerkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Durch die Kooperation mit Onkologen und Strahlentherapeuten, sowie einem Institut zur Individualisierung der Tumortherapie bieten wir eine umfassende Behandlung an.</i></p>
21	<p>VR15 - Arteriographie</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Die radiologische Darstellung von Gefäßen erfolgt in der Röntgenpraxis auf dem Klinikgelände durch dreidimensionale Darstellungen aus computertomographischen und kernspintomographischen Aufnahmen.</i></p> </div>
22	<p>VR17 - Lymphographie</p> <p><i>Die Darstellung der Lymphbahnen am Bein/ den unteren Extremitäten wird in der radiologischen Praxis auf unserem Klinikgelände durchgeführt.</i></p>
23	<p>VC24 - Tumorchirurgie</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Die Tumorchirurgie ist ein Schwerpunkt der Abteilung und wird Leitliniengerecht durchgeführt. Zusätzlich findet eine Tumorkonferenz mit Spezialisten aller Fachabteilungen (Onkologen, Strahlentherapeuten, Internisten und Chirurgen) zur Planung optimaler und individualisierter Therapiekonzepte statt.</i></p> </div>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC62 - Portimplantation
24	<i>An zwei Tagen in der Woche werden in örtlicher Betäubung Portsysteme zur künstlichen intravenösen Ernährung oder Verabreichung von Chemotherapeutika eingesetzt. Der Eingriff wird ambulant durchgeführt (über 240 Eingriffe).</i>
	VG07 - Inkontinenzchirurgie
25	<i>Mittlerweile gibt es enorme Fortschritte in der Behandlung der Inkontinenz. Durch den Einsatz modernster Techniken (z. B. sakrale Plexusstimulation) oder rekonstruktiver Eingriffe am Schließmuskel kann eine enorme Verbesserung der Kontinenz und damit auch der Lebensqualität erreicht werden.</i>
	VR28 - Intraoperative Anwendung der Verfahren
26	<i>Durch die enge Verzahnung der verschiedenen Funktionsabteilungen und Fachbereiche sind sämtliche Verfahren auch intraoperativ einsetzbar. Zum Beispiel können während der Eingriffe Ultraschalluntersuchungen, Magen- und Darmspiegelungen usw. bei Bedarf gleichzeitig vorgenommen werden.</i>
	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
27	<i>Lungenresektionen bei Carcinom sowie Teilentfernungen der Lunge z.B. bei Metastasen werden in der thorakoskopischen Technik und zunehmend mit dem daVinci Robotersystem durchgeführt. Insbesondere kommt dieses auch bei Eingriffen an der Speiseröhre zum Einsatz.</i>
28	VR29 - Quantitative Bestimmung von Parametern
	VC29 - Behandlung von Dekubitalgeschwüren
29	<i>Durch die intensive Pflege bettlägeriger Pat. sowie eine strikte Lagerungstherapie u. d. Einsatz von Spezialbetten wird das Risiko von Dekubitalgeschwüren reduziert. Zur Behandlung der Geschwüre werden die modernsten Kenntnisse der Wundpflege vom Wundmanagementteam eingesetzt.</i>
	VC63 - Amputationschirurgie
30	<i>Die Amputationschirurgie wird bei uns vor allem angewendet wenn es zur Heilung von bösartigen Weichteilsarkomen (eine Krebsart) erforderlich ist. Hierbei ist es sehr wichtig, die neuesten Erkenntnisse bezüglich der Technik der Amputation einzusetzen, um eine gute Funktionalität zu bewahren.</i>
	VC64 - Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
31	<i>Das kosmetische Ergebnis unserer Eingriffe ist uns, soweit dies ohne Kompromisse in Bezug auf das medizinische Ergebnis möglich ist, sehr wichtig. Nahezu alle Nähte werden für ein exzellentes Ergebnis in der intracutanen Nahttechnik (ein Verfahren aus der plastischen Chirurgie) vorgenommen.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
32	<i>Viele Organe können so operiert werden: Blinddarm- und Gallenblasenentfernungen, Bauchspeicheldrüsenoperationen, Dünn- und Dickdarm- sowie Magenteilentfernungen. Diese Technik führt nachgewiesenermaßen zu einem kürzeren Krankenhaus Aufenthalt, weniger Schmerzen u. schnellerer Erholung postoperativ.</i>
	VC52 - Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
33	<i>Plexus-Sakralis-Stimulation bei Stuhl-Inkontinenz und -Entleerungsstörung; Magen-Schrittmacher bei Magenentleerungsstörung.</i>
	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
34	<i>Die Intensivstation wird interdisziplinär durch die Abteilungen der Anästhesie und Chirurgie betreut. Die moderne und voll ausgestattete Intensivstation bietet 12 Beatmungsplätze. Die Patienten werden durch ausgebildete Ärzte für Intensivmedizin optimal betreut.</i>
	VC56 - Minimalinvasive endoskopische Operationen
35	<i>Über die Hälfte aller Eingriffe im Bauchraum werden in unserer Abteilung in der MIC Methode durchgeführt. Über 200 Darm- und ca. 200 Refluxoperationen, 730 Gallenblasenentfernungen, sowie 780 Leistenbruchversorgungen im Jahr in MIC Technik sind Beispiele unseres Spektrums.</i>
	VC58 - Spezialsprechstunde
36	<i>Jeden Mittwoch bieten wir eine spezielle Sprechstunde für Proktologie (Erkrankungen des Darmausganges) und Inkontinenzbeschwerden an. Jeden Freitag erfolgt die Schilddrüsensprechstunde. Montags und Mittwochs findet zusätzlich eine spezielle Tumorsprechstunde insbesondere auch zur Zweitmeinung statt.</i>
	VC00 - („Sonstiges“): Sarkomchirurgie
37	<i>Weichteilkrebs (Sarkome, z.B. vom Fettgewebe ausgehend) sind insgesamt selten. Durch unsere intensive Erfahrung auf diesem Gebiet bieten wir den Betroffenen die möglichst beste Versorgung an. Durch unsere onkologische Konferenz ist eine umfassende Behandlung durch mehrere Disziplinen möglich.</i>
	VC71 - Notfallmedizin
38	<i>Sämtliche Notfälle im Bauchraum können von uns versorgt werden. Durch die vorhandene Infrastruktur ist eine optimale und rasche Therapie jederzeit möglich.</i>
	VC57 - Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
39	<i>Narbenkorrekturen und Bauchschürzenentfernungen werden in unserer Abteilung angeboten. Bei komplexeren plastisch- rekonstruktiven Eingriffen kooperieren wir mit der plastischen Chirurgie Diakonie Klinikum Agaplesion. Es finden dann Eingriffe durch ein Team aus Spezialisten statt.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VH20 - Interdisziplinäre Tumornachsorge
40	<i>In Zusammenarbeit mit unserer Medizinischen Abteilung, niedergelassen Onkologen und Strahlentherapeuten findet eine Tumornachsorge statt. Hierzu findet einmal die Woche unsere interdisziplinäre onkologische Konferenz statt.</i>
	VI11 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
41	<i>Dies ist ein Schwerpunkt unserer Abteilung. Zur Diagnostik erfolgt neben den bildgebenden Verfahren der Radiologie auch die Endoskopie durch entsprechend weitergebildete Chirurgen innerhalb der Abteilung. Somit ist die Diagnostik eng mit der Therapie direkt in unserer Abteilung verknüpft.</i>
	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
42	<i>Die Therapie von gutartigen oder bösartigen Erkrankungen der Speiseröhre wird in der chirurgischen Klinik regelhaft vorgenommen. Ein Schwerpunkt liegt hier in der Behandlung des Speiseröhrenkrebs (40) unter Einsatz des daVinci Systems.</i>
	VR12 - Computertomographie (CT), Spezialverfahren
43	<i>Computertomographien (CT) werden an einem modernen 64-Zeilen-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände, erbracht (täglich 24 Stunden verfügbar). Durch spezielle Analysen sind z. B. dreidimensionale Darstellungen der Blutgefäße der Verdauungsorgane möglich.</i>
	VI12 - Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
44	<i>Dies ist einer der Schwerpunkte in unserer Abteilung. Sämtliche erforderliche Untersuchungsmethoden (Anale Manometrie, dynamische MRT Defäkografie usw.) werden hier regelhaft durchgeführt. Alle modernen Operationstechniken auf diesem Gebiet werden von Spezialisten vorgenommen.</i>
	VC59 - Mediastinoskopie
45	<i>Die Beurteilung und z.B. die Entnahme von Proben im Raum zwischen den Lungen im Brustkorb erfolgt per Video-Technik minimal invasiv und ist auf dieser Weise sehr schonend für den Patienten durchführbar.</i>
	VG06 - Gynäkologische Chirurgie
46	<i>Die konsiliarische Mitbetreuung unserer Patientinnen bei gynäkologischen Erkrankungen erfolgt durch das Diakonie Klinikum Agaplesion. Bei Bedarf werden die entsprechenden Eingriffe von einem Team aus Spezialisten für Gynäkologie und Chirurgie gemeinsam durchgeführt.</i>
	VR10 - Computertomographie (CT), nativ
47	<i>Computertomographien (CT) werden an einem modernen 64-Zeilen-Gerät von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (täglich 24 Stunden verfügbar).</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR11 - Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
48	<i>Computertomographien (CT) mit Kontrastmittel an einem modernen 64-Zeilen-Gerät werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht (tgl. 24 Stunden verfügbar).</i>
	VC05 - Schrittmachereingriffe
49	<i>Das Einsetzen eines Schrittmachers erfolgt überwiegend in Zusammenarbeit mit einer großen kardiologischen Praxis auf dem Klinikgelände. Hier stehen auch Gefäß-/Herzkatheterplätze zur Verfügung.</i>
	VC11 - Lungenchirurgie
50	<i>Wir führen die Entfernung von Lungenanteilen bis hin zu kompletten Lungenflügeln beim Vorliegen von Lungenkrebs oder Metastasen durch (über 90 Operationen). Dies geschieht entweder Roboter assistiert (daVinci), minimal invasiv oder selten durch einen Zugang über den Rippenzwischenraum durch.</i>
	VU15 - Dialyse
51	<i>Auf unserer interdisziplinären Intensivstation besteht jederzeit die Möglichkeit zur kontinuierlichen Hämodialyse.</i>
	VR08 - Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
52	<i>Einige endoskopische Behandlungen werden zur Sicherheit der Patienten unter Durchleuchtungskontrolle durchgeführt: Dehnungen von Engstellen, Einlegen von Prothesen, die Darm oder Gallenwege offen halten. Die meisten dieser Verfahren erfolgen endoskopisch, andere minimal invasiv durch die Haut.</i>
	VR09 - Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
53	<i>Radiologische Untersuchungen der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes werden von einer radiologischen Praxis auf dem Klinikgelände erbracht. Sämtliche Untersuchungsverfahren sind über 24 Stunden verfügbar.</i>
	VR05 - Sonographie mit Kontrastmittel
54	<i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, davon ca. 600 Untersuchungen unter Einsatz von (jodfreiem) Ultraschallkontrastmittel. Dies ermöglicht u.a. die Entdeckung und Charakterisierung von Lebertumoren ohne Röntgenstrahlen.</i>
	VC06 - Defibrillatoreingriffe
55	<i>Die Einstellung, Kontrolle und kurzfristige Ab- und Einschaltung der Defibrillatoren erfolgt durch die Spezialisten der kardiologischen Praxis auf unserem Klinikgelände.</i>

#	Medizinische Leistungsangebote
	VR06 - Endosonographie
56	<i>Mit 1500 Endosonographien (Ultraschalluntersuchungen von Verdauungsorganen vom Darm aus, also z. B. der Bauchspeicheldrüse mit einem Ultraschallendoskop im Magen) ist das Krankenhaus ein ausgewiesenes Zentrum. Untersuchungen können auch ambulant auf fachärztliche Überweisung erfolgen.</i>
	VR02 - Native Sonographie
57	<i>Jedes Jahr werden am Israelitischen Krankenhaus mehr als 5000 Ultraschalluntersuchungen durchgeführt. Die Ultraschalluntersuchungen können rund um die Uhr von geschulten Chirurgen und Internisten angeboten werden.</i>

B-[1500].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3505
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[1500].6 Hauptdiagnosen nach ICD

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
1	K40.90	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	458
2	K80.20	Gallenblasenstein ohne Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	233
3	K80.10	Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	224
4	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	134
5	K44.9	Hernia diaphragmatica ohne Einklemmung und ohne Gangrän	114
6	K40.20	Doppelseitige Hernia inguinalis, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	108
7	K57.32	Divertikulitis des Dickdarmes ohne Perforation, Abszess oder Angabe einer Blutung	105
8	K43.2	Narbenhernie ohne Einklemmung und ohne Gangrän	96

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
9	K57.22	Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung	73
10	K60.3	Analfistel	60
11	K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	59
12	C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	56
13	C16.0	Bösartige Neubildung: Kardial	55
14	C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	47
15	K81.0	Akute Cholezystitis	44
16	K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	42
17	K40.91	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, ohne Einklemmung und ohne Gangrän: Rezidivhernie	41
18	C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	38
19	K80.00	Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	36
20	K42.0	Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän	35
21	K81.1	Chronische Cholezystitis	32
22	K56.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete intestinale Obstruktion	30
23	K64.2	Hämorrhoiden 3. Grades	30
24	K91.83	Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten nach Operationen am sonstigen Verdauungstrakt	24
25	K64.3	Hämorrhoiden 4. Grades	23
26	C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	22
27	K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	22
28	K35.30	Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur	21
29	K40.30	Hernia inguinalis, einseitig oder ohne Seitenangabe, mit Einklemmung, ohne Gangrän: Nicht als Rezidivhernie bezeichnet	21

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	ICD-10-GM-Ziffer	ICD-Bezeichnung	Fallzahl
30	K82.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase	21

B-[1500].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

#	ICD-3-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Hernia inguinalis	643
2	K80	Cholelithiasis	520
3	K57	Divertikulose des Darmes	200
4	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	183
5	K43	Hernia ventralis	159
6	C20	Bösartige Neubildung des Rektums	134
7	K44	Hernia diaphragmatica	132
8	C16	Bösartige Neubildung des Magens	104
9	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	101
10	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	59

B-[1500].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[1500].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	765
2	5-932.44	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material, ohne Beschichtung: 200 cm ² bis unter 300 cm ²	694
3	5-511.11	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	623
4	8-839.x	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Sonstige	540

Qualitätsbericht 2021
Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
5	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	522
6	1-632.0	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei normalem Situs	422
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	383
8	3-137	Ösophagographie	332
9	1-654.0	Diagnostische Rektoskopie: Mit flexiblen Instrument	328
10	3-138	Gastrographie	305
11	1-440.a	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1 bis 5 Biopsien am oberen Verdauungstrakt	252
12	5-572.1	Zystostomie: Perkutan	228
13	8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	191
14	5-469.20	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	172
15	5-484.35	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	170
16	1-632.1	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie: Bei Anastomosen an Ösophagus, Magen und/oder Duodenum	158
17	1-650.2	Diagnostische Koloskopie: Total, mit Ileoskopie	134
18	5-987.0	Anwendung eines OP-Roboters: Komplexer OP-Roboter	132
19	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	120
20	5-916.a4	Temporäre Weichteildeckung: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumtherapie: Endorektal	117

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
21	5-98c.2	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme: Zirkuläres Klammernahtgerät für die Anwendung am Gastrointestinaltrakt und/oder am Respirationstrakt	112
22	1-313.1	Ösophagusmanometrie: Hochauflösende Manometrie	111
23	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchfortenverschluss	111
24	8-144.0	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle: Großlumig	103
25	9-984.7	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2	96
26	3-058	Endosonographie des Rektums	87
27	1-620.01	Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument: Mit bronchoalveolärer Lavage	85
28	8-701	Einfache endotracheale Intubation	82
29	5-469.21	Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	77
30	5-448.52	Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Laparoskopisch	74

B-[1500].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	901
2	3-225	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel	765
3	5-511	Cholezystektomie	714
4	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	636
5	1-632	Diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie	582

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
6	8-839	Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße	540
7	3-222	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel	383
8	5-469	Andere Operationen am Darm	366
9	3-137	Ösophagographie	332
10	3-138	Gastrographie	305

B-[1500].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[1500].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz
1	AM07 - Privatambulanz	interdisziplinäre onkologische Konferenz <i>Niedergelassene Ärzte können 1x wöchentlich komplexe onkologische und viszeralmedizinische Fälle einem Expertenteam von Chirurgen, Internisten, Radiologen, Onkologen und Strahlenexperten vorstellen</i>
2	AM07 - Privatambulanz	Prof. Dr. J-H Egberts
3	AM11 - Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	<i>Besprechung und Beratung von Patienten, die mit chirurgischen Krankheitsbildern von niedergelassenen Ärzten an uns überwiesen wurden. Nachbetreuung von operierten Patienten in besonderen Fällen</i>
4	AM08 - Notfallambulanz (24h)	<i>Behandlung aller viszeralchirurgische Notfälle</i>

B-[1500].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

#	Ambulanz	Leistung
1	Notfallambulanz (24h)	VC00 - („Sonstiges“)
2	Notfallambulanz (24h)	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin
3	Notfallambulanz (24h)	VC21 - Endokrine Chirurgie

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Ambulanz	Leistung
4	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC21 - Endokrine Chirurgie
5	Notfallambulanz (24h)	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
6	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
7	Notfallambulanz (24h)	VC11 - Lungenchirurgie
8	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC11 - Lungenchirurgie
9	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
10	Notfallambulanz (24h)	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
11	Notfallambulanz (24h)	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen
12	Notfallambulanz (24h)	VC71 - Notfallmedizin
13	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC62 - Portimplantation
14	Notfallambulanz (24h)	VC62 - Portimplantation
15	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
16	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
17	Notfallambulanz (24h)	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
18	Notfallambulanz (24h)	VC24 - Tumorchirurgie
19	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V	VC24 - Tumorchirurgie
20	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC00 - („Sonstiges“)
21	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC21 - Endokrine Chirurgie
22	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC23 - Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
23	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC11 - Lungenchirurgie
24	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC22 - Magen-Darm-Chirurgie
25	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC55 - Minimalinvasive laparoskopische Operationen

#	Ambulanz	Leistung
26	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC62 - Portimplantation
27	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC14 - Speiseröhrenchirurgie
28	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC58 - Spezialsprechstunde
29	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC15 - Thorakoskopische Eingriffe
30	interdisziplinäre onkologische Konferenz	VC24 - Tumorchirurgie

B-[1500].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[1500].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	127
2	5-534.1	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	58
3	5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	34
4	5-535.1	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	4
5	5-535.0	Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
6	5-534.01	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste	< 4
7	5-536.0	Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	< 4
8	5-530.33	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	< 4

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	OPS-Ziffer	Bezeichnung	Fallzahl
9	1-502.4	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	< 4
10	5-897.0	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	< 4
11	5-530.31	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	< 4
12	5-534.x	Verschluss einer Hernia umbilicalis: Sonstige	< 4
13	5-401.00	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	< 4
14	5-492.00	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	< 4
15	1-444.7	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt: 1 bis 5 Biopsien	< 4
16	5-491.11	Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Intersphinktar	< 4
17	1-586.0	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Zervikal	< 4

B-[1500].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	5-399	Andere Operationen an Blutgefäßen	161
2	5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	62
3	5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	7
4	5-536	Verschluss einer Narbenhernie	< 4
5	5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	< 4
6	1-502	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision	< 4
7	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	< 4
8	5-401	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße	< 4
9	5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	< 4

B-[1500].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[1500].11 Personelle Ausstattung

B-[1500].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	20,66
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,66
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	20,66
Fälle je Vollkraft	169,65
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	14,2
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,2
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	14,2
Fälle je Vollkraft	246,83

B-[1500].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ06 - Allgemeinchirurgie

#	Facharztbezeichnungen
2	AQ13 - Viszeralchirurgie <i>In der Abteilung sind 12 Vizeral- bzw. spezielle Vizeralchirurgen tätig</i>

B-[1500].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF34 - Proktologie
2	ZF49 - Spezielle Viszeralchirurgie

B-[1500].11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	51,8
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	42,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	9,74
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	51,8
Fälle je Vollkraft	67,66

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	2,96
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,96
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	2,96
Fälle je Vollkraft	1184,12

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1,82
-------------------------	------

Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,82
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1,82
Fälle je Vollkraft	1925,82

Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	8,47
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,47
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	8,47
Fälle je Vollkraft	413,81

Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	0,95
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,95
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	0,95
Fälle je Vollkraft	3689,47

B-[1500].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ02 - Diplom <i>1 Pflegewirt/in</i>
2	PQ01 - Bachelor <i>2 Pflegekraft</i>

Qualitätsbericht 2021 Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
3	PQ08 - Pflege im Operationsdienst <i>1 VK Fachweiterbildung Operationsdienst</i>
4	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert</i>
5	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege <i>17 Pflegekräfte verfügen über die Weiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege.</i>
6	PQ06 - Master <i>2 Pflegekraft</i>
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege <i>6 weitergebildete Pflegekräfte</i>
8	PQ20 - Praxisanleitung <i>12 weitergebildete Pflegekräfte</i>
9	PQ21 - Casemanagement <i>1 Casemanagerin</i>

B-[1500].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP15 - Stomamanagement <i>Eine weitergebildete Stomaexperten und eine externe Stomatherapeutin</i>
2	ZP18 - Dekubitusmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
3	ZP19 - Sturzmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
4	ZP20 - Palliative Care <i>3 weitergebildete Mitarbeiter, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>

#	Zusatzqualifikation
5	ZP14 - Schmerzmanagement <i>Vier weitergebildete Pain Nurses</i>
6	ZP16 - Wundmanagement <i>Drei weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
7	ZP05 - Entlassungsmanagement
8	ZP08 - Kinästhetik
9	ZP13 - Qualitätsmanagement <i>Einen Qualitätsbeauftragten in der Pflege</i>
10	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
11	ZP06 - Ernährungsmanagement

B-[1500].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

B-[3790] Anästhesiologie/Intensivmedizin

B-[3790].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Abteilungsart	Nicht-Bettenführend
Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	Anästhesiologie/Intensivmedizin

B-[3790].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	3790 - Sonstige Fachabt./ohne Diff. n. Schwerpunkten(II)

B-[3790].1.2 Name des Chefarztes/des leitenden Belegarztes

Namen und Kontaktdaten der Chefärztin/des Chefarztes

Funktion / Arbeitsschwerpunkt	Chefarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin
Titel, Vorname, Name	Priv. Doz. Dr. Marc Freitag
Telefon	040 51125 0
Fax	040 51125 5201
E-Mail	m.freitag@ik-h.de
Strasse	Orchideenstieg
Hausnummer	14
PLZ	22297
Ort	Hamburg
URL	http://www.ik-h.de/anaesthesie.html

B-[3790].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September

Keine Zielvereinbarungen geschlossen

B-[3790].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung

Als medizinisches Fachgebiet umfasst die Anästhesie die Aufrechterhaltung vitaler Funktionen während operativer und diagnostischer Eingriffe, und bildet zusammen mit der Intensivmedizin, der Notfallmedizin sowie der Schmerztherapie die wichtigste Grundlage für die medizinische Behandlung stationärer Patienten.

Ausschaltung von Schmerzen oder Stress während operativer Eingriffe, eine lückenlose Überwachung der Vitalparameter, Durchführung von Allgemein- und Regionaler Anästhesie sowie postoperative Überwachung sind grundlegende Aufgaben der Anästhesie.

#	Medizinische Leistungsangebote
1	VC67 - Chirurgische Intensivmedizin <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"><i>siehe VI20</i></div>
2	VI27 - Spezialsprechstunde <i>Prämedikationssprechstunde</i>
3	VX00 - („Sonstiges“): Anästhesiologie/Intensivmedizin <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"><i>2021 wurden 3586 Narkosen durchgeführt. Alle gängigen Narkoseverfahren kamen zum Einsatz (Allgemein Regionalanästhesie, 49 Narkosen mit Doppellumentubus zur einseitigen Lungenbelüftung). Bei 444 Patienten wurde zur perioperativen Schmerztherapie ein Periduralkatheter gelegt.</i></div>
4	VI20 - Intensivmedizin <i>2021 wurden 968 Patienten nach modernsten Standards (z.B. Beatmungs- und Ernährungstherapie) behandelt (139 Beatmungen bei 12 Beatmungsplätzen). Um die Behandlung zu verkürzen, führen wir ein multimodales Therapiekonzept mit differenzierter Schmerztherapie und früher Mobilisation durch.</i>
5	VI40 - Schmerztherapie <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"><i>Erfolgreiche Schmerztherapie ist für alle Patienten von besonderer Bedeutung. Wir bieten eine auf den Einzelnen zugeschnittene Behandlung, bei der auch Akupunktur und endosonographisch gezielte Plexusblockade integriert werden können.</i></div>

B-[3790].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	0
Teilstationäre Fallzahl	0

B-[3790].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[3790].6.1 Hauptdiagnosen 3-stellig

B-[3790].6.2 Kompetenzdiagnosen

B-[3790].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
1	8-831.0	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen	792
2	8-980.0	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1 bis 184 Aufwandspunkte	450
3	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	415
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	409
5	8-931.0	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne kontinuierliche reflektionsspektrometrische Messung der zentralvenösen Sauerstoffsättigung	206
6	8-900	Intravenöse Anästhesie	172
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	91
8	8-980.10	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 185 bis 368 Aufwandspunkte	34
9	8-980.11	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte: 369 bis 552 Aufwandspunkte	14
10	8-831.2	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Wechsel	14
11	8-831.5	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße: Legen eines großlumigen Katheters zur extrakorporalen Blutzirkulation	12

Qualitätsbericht 2021
Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	OPS Code (N-stellig)	OPS-Bezeichnung	Fallzahl
12	8-980.20	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 553 bis 828 Aufwandspunkte	11
13	8-980.21	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 553 bis 1104 Aufwandspunkte: 829 bis 1104 Aufwandspunkte	8
14	5-311.0	Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	8
15	5-311.1	Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	6
16	8-980.50	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2209 bis 2484 Aufwandspunkte	< 4
17	8-980.60	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2761 bis 3680 Aufwandspunkte: 2761 bis 3220 Aufwandspunkte	< 4
18	8-980.40	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1657 bis 1932 Aufwandspunkte	< 4
19	8-980.30	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1105 bis 1656 Aufwandspunkte: 1105 bis 1380 Aufwandspunkte	< 4
20	8-980.41	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 1657 bis 2208 Aufwandspunkte: 1933 bis 2208 Aufwandspunkte	< 4
21	8-980.51	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 2209 bis 2760 Aufwandspunkte: 2485 bis 2760 Aufwandspunkte	< 4

B-[3790].7.1 OPS, 4-stellig, Print-Ausgabe

#	OPS-4-Code	Umgangsspr. Bezeichnung	Fallzahl
1	8-831	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	818
2	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	523
3	8-919	Komplexe Akutschmerzbehandlung	415
4	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	409
5	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes	206
6	8-900	Intravenöse Anästhesie	172
7	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes	91
8	5-311	Temporäre Tracheostomie	14

B-[3790].7.2 Kompetenzprozeduren

B-[3790].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-[3790].8.1 Leistungen der Ambulanz (außer AM06, AM17)

B-[3790].8.2 Leistungen der Ambulanz (AM06, AM17)

B-[3790].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

B-[3790].9.1 Ambulante Operationen, 4-stellig, Print-Ausgabe

B-[3790].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-[3790].11 Personelle Ausstattung

B-[3790].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzahl Ärztinnen und Ärzte insgesamt ohne Belegärzte

Anzahl (in Vollkräften)	10,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	10,52
Fälle je Vollkraft	0
Maßgebliche tarifliche Wochenarbeitszeit	40

– davon Fachärztinnen und Fachärzte

Anzahl (in Vollkräften)	10,52
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,52
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	10,52
Fälle je Vollkraft	0

B-[3790].11.1.1 Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung

#	Facharztbezeichnungen
---	-----------------------

#	Facharztbezeichnungen
1	AQ01 - Anästhesiologie <i>Weiterbildungsbefugnis: PD Dr. Freitag 6 Monate Intensivmedizin, kumulativ mit Chefarzt Chirurgie 18 Monate chirurgischer Abschnitt und Notfallmedizin (Chirurgie Basis WB, 24 Monate, WBO 05)</i>

B-[3790].11.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatz-Weiterbildung
1	ZF15 - Intensivmedizin <i>spezielle Intensivmedizin</i>
2	ZF42 - Spezielle Schmerztherapie
3	ZF28 - Notfallmedizin
4	ZF30 - Palliativmedizin
5	ZF14 - Infektiologie <i>Antibiotic Stewardship (ABS). Rationalen und verantwortlicher Einsatz von Antibiotika – durch den Nachweis einer (bakteriellen) Infektion, die Wahl des geeigneten Antibiotikums, Anpassung der Therapiedauer, Dosierung und Form der Antibiotika-Gabe.</i>
6	ZF11 - Hämostaseologie <i>Transfusionsbeauftragter Anästhesie</i>

B-[3790].11.2 Pflegepersonal

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	37,7
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	36,06
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,64
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	37,7
Fälle je Vollkraft	0

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer 1 Jahr)

in Vollkräften

Anzahl (in Vollkräften)	1
Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
Personal in der ambulanten Versorgung	0
Personal in der stationären Versorgung	1
Fälle je Vollkraft	0

B-[3790].11.2.1 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Anerkannte Fachweiterbildungen / akademische Abschlüsse

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
1	PQ05 - Leitung einer Station / eines Bereiches <i>Alle Leitungen und Stellvertretungen haben die Weiterbildung absolviert.</i>
2	PQ04 - Intensiv- und Anästhesiepflege <i>17 VK weitergebildete Anästhesie- und Intensivfachkräfte</i>
3	PQ02 - Diplom <i>1 Pflegewirtin</i>
4	PQ06 - Master <i>2 Pflegekraft</i>
5	PQ01 - Bachelor <i>1 Pflegekraft</i>
6	PQ08 - Pflege im Operationsdienst <i>Eine weitergebildete Pflegekraft</i>
7	PQ14 - Hygienebeauftragte in der Pflege <i>2 weitergebildete Pflegekräfte</i>
8	PQ20 - Praxisanleitung <i>8 weitergebildete Praxisanleiter</i>

#	Anerkannte Fachweiterbildung / zusätzlicher akademischer Abschluss
9	PQ21 - Casemanagement <i>1 Casemanagerin</i>

B-[3790].11.2.2 Pflegerische Fachexpertise der Abteilung – Zusatzqualifikation

#	Zusatzqualifikation
1	ZP06 - Ernährungsmanagement
2	ZP15 - Stomamanagement <i>Eine externe Stomatherapeutin</i>
3	ZP08 - Kinästhetik
4	ZP16 - Wundmanagement <i>Eine weitergebildete ICW Wundexperten, regelmäßige Arbeitsgruppentreffen</i>
5	ZP18 - Dekubitusmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
6	ZP19 - Sturzmanagement <i>2jährliche Pflichtfortbildung, Expertenstandard umgesetzt</i>
7	ZP20 - Palliative Care <i>Eine weitergebildete Mitarbeiter</i>
8	ZP04 - Endoskopie/Funktionsdiagnostik
9	ZP13 - Qualitätsmanagement
10	ZP14 - Schmerzmanagement <i>Eine weitergebildete Pflegekraft</i>
11	ZP05 - Entlassungsmanagement <i>Eine Casemanagerin</i>

B-[3790].11.3 Angaben zum ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

C Qualitätssicherung

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

09/1 - Herzschrittmacher-Implantation

Fallzahl	18
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	18
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet

09/2 - Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Fallzahl	8
Dokumentationsrate	112,5
Anzahl Datensätze Standort	9
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet

09/3 - Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet

09/4 - Implantierbare Defibrillatoren - Implantation

Fallzahl	4
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	4
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet

09/5 - Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel

Fallzahl	10
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	10
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausberechnet

09/6 - Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation

Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz

Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet
15/1 - Gynäkologische Operationen	
Fallzahl	6
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	6
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet
18/1 - Mammachirurgie	
Fallzahl	Datenschutz
Dokumentationsrate	Datenschutz
Anzahl Datensätze Standort	Datenschutz
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet
DEK - Dekubitusprophylaxe	
Fallzahl	37
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	37
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet
PCI_LKG - Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	
Fallzahl	91
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	91
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet
PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie	
Fallzahl	43
Dokumentationsrate	100
Anzahl Datensätze Standort	43
Kommentar Krankenhaus	Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbearbeitet berechnet

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

C-1.2.A Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

1. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Ergebnis-ID	2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,13
Vertrauensbereich bundesweit	99,09 - 99,16
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,62 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	42
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>2. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)</p>	
Ergebnis-ID	2006
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	99,16
Vertrauensbereich bundesweit	99,13 - 99,20
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	91,24 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	40

3. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Ergebnis-ID	2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG	bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,44
Vertrauensbereich bundesweit	98,24 - 98,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

4. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232000_2005
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2005
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Einheit	%
Bundesergebnis	98,90
Vertrauensbereich bundesweit	98,85 - 98,95
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,65 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	30

5. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID **232001_2006**

Leistungsbereich CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Art des Wertes EKez

Bezug zum Verfahren DeQS

Sortierung 1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen 2006

Fachlicher Hinweis IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Einheit	%
Bundesergebnis	98,95
Vertrauensbereich bundesweit	98,89 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,94 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	28

6. Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232002_2007
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2007
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	97,81
Vertrauensbereich bundesweit	97,41 - 98,15
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

7. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	90,98
Vertrauensbereich bundesweit	90,82 - 91,14
Rechnerisches Ergebnis	92,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,86 - 97,86
Fallzahl	
Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	24
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
8. Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)	
Ergebnis-ID	232003_2009
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2009
	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse

Fachlicher Hinweis IQTIG	ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	66,88
Vertrauensbereich bundesweit	66,70 - 67,06
Rechnerisches Ergebnis	68,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	52,54 - 80,92
Fallzahl	
Grundgesamtheit	38
Beobachtete Ereignisse	26
9. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen	
Ergebnis-ID	2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere

	Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,44
Vertrauensbereich bundesweit	92,29 - 92,59
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,13 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	26
Beobachtete Ereignisse	26

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

10. Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232004_2013
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2013

Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:
--------------------------	---

	https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	92,77
Vertrauensbereich bundesweit	92,56 - 92,97
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	83,89 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	20
Beobachtete Ereignisse	20

11. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Ergebnis-ID	2028
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,55
Vertrauensbereich bundesweit	96,47 - 96,63
Rechnerisches Ergebnis	91,43

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Vertrauensbereich Krankenhaus	77,62 - 97,04
-------------------------------	---------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	35
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	32
------------------------	----

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
-----------------	------------

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
---------------------------------------	-----

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
---	----------------------------------

12. Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232005_2028
--------------------	--------------------

Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
------------------	--

Art des Wertes	EKez
----------------	------

Bezug zum Verfahren	DeQS
---------------------	------

Sortierung	1
------------	---

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2028
---------------------------------	------

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
--------------------------	---

Einheit	%
---------	---

Bundesergebnis	95,74
----------------	-------

Vertrauensbereich bundesweit	95,61 - 95,86
------------------------------	---------------

Rechnerisches Ergebnis	87,5
------------------------	------

Vertrauensbereich Krankenhaus	69,00 - 95,66
-------------------------------	---------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	24
-----------------	----

Beobachtete Ereignisse	21
13. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren	
Ergebnis-ID	2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,78
Vertrauensbereich bundesweit	98,74 - 98,83
Rechnerisches Ergebnis	96,88
Vertrauensbereich Krankenhaus	84,26 - 99,45
Fallzahl	
Grundgesamtheit	32
Beobachtete Ereignisse	31
14. Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	232006_2036
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	2036

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,66
Vertrauensbereich bundesweit	98,58 - 98,73
Rechnerisches Ergebnis	95,24
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,33 - 99,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	21
Beobachtete Ereignisse	20
15. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.	
Ergebnis-ID	50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,01
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 2,15
Fallzahl	
Grundgesamtheit	28
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	1,57
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 2,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
16. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	232007_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,01 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 1,42
Fallzahl	
Grundgesamtheit	40
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	2,46
17. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde	
Ergebnis-ID	232010_50778
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50778
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,02
Vertrauensbereich bundesweit	1,00 - 1,03
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 3,25
Fallzahl	
Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,90

18. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Ergebnis-ID	231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	17,66
Vertrauensbereich bundesweit	17,46 - 17,85
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
19. Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)	
Ergebnis-ID	232008_231900
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	231900
	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer</p>

Fachlicher Hinweis IQTIG	Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	18,18
Vertrauensbereich bundesweit	18,04 - 18,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

20. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Ergebnis-ID	50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von
--------------------------	---

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,72
Vertrauensbereich bundesweit	96,66 - 96,78
Rechnerisches Ergebnis	90,48
Vertrauensbereich Krankenhaus	77,93 - 96,23

Fallzahl

Grundgesamtheit	42
Beobachtete Ereignisse	38

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	U62
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

21. Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	232009_50722
Leistungsbereich	CAP - Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	50722
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit</p>

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,66
Vertrauensbereich bundesweit	96,57 - 96,75
Rechnerisches Ergebnis	86,67
Vertrauensbereich Krankenhaus	70,32 - 94,69

Fallzahl

Grundgesamtheit	30
Beobachtete Ereignisse	26

22. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	52009
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere</p>

	Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,05
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,06
Rechnerisches Ergebnis	0,63
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,35 - 1,13

Fallzahl

Grundgesamtheit	7840
Beobachtete Ereignisse	11
Erwartete Ereignisse	17,41

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,28 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

23. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Ergebnis-ID	52326
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,34
Vertrauensbereich bundesweit	0,33 - 0,34
Rechnerisches Ergebnis	0,14
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,08 - 0,25

Fallzahl

Grundgesamtheit	7840
Beobachtete Ereignisse	11

24. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Ergebnis-ID	521801
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,06 - 0,06
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05

Fallzahl

Grundgesamtheit	7840
-----------------	------

Beobachtete Ereignisse	0
25. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben	
Ergebnis-ID	521800
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept</p> <p>Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermutete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,01
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,01
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7840
Beobachtete Ereignisse	0
26. Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)	

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Ergebnis-ID	52010
Leistungsbereich	DEK - Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,00
Vertrauensbereich bundesweit	0,00 - 0,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,05
Fallzahl	
Grundgesamtheit	7840
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>27. Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen</p>	
Ergebnis-ID	51906

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen 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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:</p>

	https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,03
Vertrauensbereich bundesweit	0,97 - 1,09
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 193,40
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 4,18
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

28. Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Ergebnis-ID	12874
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen 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</p>

	Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,15
Vertrauensbereich bundesweit	1,04 - 1,27
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

29. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS, QS-Planung
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen 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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.g-ba.de/richtlinien/91 Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	7,39
Vertrauensbereich bundesweit	6,97 - 7,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 20,00 %
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>30. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis</p>	
Ergebnis-ID	172000_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	1

Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	11,08
Vertrauensbereich bundesweit	9,83 - 12,46
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

31. Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Ergebnis-ID	172001_10211
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	EKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Sortierung	2
Bezug zu anderen QS-Ergebnissen	10211
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden:</p>

	<p>https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	13,17
Vertrauensbereich bundesweit	12,08 - 14,34
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

32. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	60685
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,73
Vertrauensbereich bundesweit	0,65 - 0,81
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	Sentinel Event
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
33. Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis	
Ergebnis-ID	60686
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	18,88
Vertrauensbereich bundesweit	18,16 - 19,62
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 43,52 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
34. Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht	

entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Ergebnis-ID	612
Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	89,00
Vertrauensbereich bundesweit	88,68 - 89,31
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 75,40 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

35. Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Ergebnis-ID	52283
--------------------	--------------

Leistungsbereich	GYN-OP - Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,30
Vertrauensbereich bundesweit	3,19 - 3,42
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 6,59 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	S99
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
36. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft	
Ergebnis-ID	52321
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI

Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	98,92
Vertrauensbereich bundesweit	98,83 - 99,00
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	92,13 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	45
Beobachtete Ereignisse	45
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
37. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt	
Ergebnis-ID	141800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-AGGW - Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,26
Vertrauensbereich bundesweit	0,18 - 0,38
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 27,75
Fallzahl	
Grundgesamtheit	10
Beobachtete Ereignisse	0
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,80 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

38. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	50055
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). 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. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,97
Vertrauensbereich bundesweit	91,58 - 92,34
Rechnerisches Ergebnis	100

Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

39. Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Ergebnis-ID	50005
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). 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. •</p>

	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/ehs150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. • McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368. • Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias
Einheit	%
Bundesergebnis	97,70
Vertrauensbereich bundesweit	97,49 - 97,90
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

40. Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Ergebnis-ID	52131
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B.

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Ag gregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	91,55
Vertrauensbereich bundesweit	91,22 - 91,86
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	78,47 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	14
Beobachtete Ereignisse	14
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
41. Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	131801
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bundesergebnis	0,83
Vertrauensbereich bundesweit	0,79 - 0,87
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 5,68

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,35

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,53 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht

eingeschränkt/nicht vergleichbar

42. Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Ergebnis-ID

52316

Leistungsbereich

HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Art des Wertes

QI

Bezug zum Verfahren

DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannt-ten 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. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

Einheit

%

Bundesergebnis

96,26

Vertrauensbereich bundesweit

96,11 - 96,40

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	75,75 - 100,00

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	12

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

43. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	131802
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,86
Vertrauensbereich bundesweit	0,74 - 1,00
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,50 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

44. Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Ergebnis-ID	52325
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,77
Vertrauensbereich bundesweit	0,66 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 48,99

Fallzahl

Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

45. Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	131803
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	53,76
Vertrauensbereich bundesweit	53,05 - 54,48
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	51,01 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	4

46. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51186
	HSMDEF-DEFI-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Leistungsbereich	Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	0,97
Vertrauensbereich bundesweit	0,81 - 1,16
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 81,61
Fallzahl	
Grundgesamtheit	4
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,02

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Referenzbereich	<= 6,01 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

47. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	151800
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	1,41
Vertrauensbereich bundesweit	1,16 - 1,70
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,90 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
48. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)	
Ergebnis-ID	52324
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,66
Vertrauensbereich bundesweit	0,48 - 0,92
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10

Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
49. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)	
Ergebnis-ID	51196
Leistungsbereich	HSMDEF-DEFI-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	1,06
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 1,23
Rechnerisches Ergebnis	0

Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 64,41
-------------------------------	--------------

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 4,79 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

50. Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Ergebnis-ID	52307
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen> Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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 Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	98,64
Vertrauensbereich bundesweit	98,54 - 98,72
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	90,59 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	37
Beobachtete Ereignisse	37
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 95,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

51. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	111801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-AGGW - Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der</p>

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,17
Vertrauensbereich bundesweit	0,12 - 0,25
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 29,91

Fallzahl

Grundgesamtheit	9
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,30 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

52. Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Ergebnis-ID	101803
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Indikation zur Herzschrittmacher-</p>
Fachlicher Hinweis IQTIG	

	<p>Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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/ehz150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364. McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.
Einheit	%
Bundesergebnis	96,40
Vertrauensbereich bundesweit	96,26 - 96,54
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,41 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	18
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
53. Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt	
Ergebnis-ID	54140
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

<p>Fachlicher Hinweis IQTIG</p>	<p>Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. • Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz150. • Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	99,54
Vertrauensbereich bundesweit	99,49 - 99,59
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	82,41 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	18
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
<p>54. Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)</p>	
Ergebnis-ID	52139

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geurts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	88,41
Vertrauensbereich bundesweit	88,20 - 88,62
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	87,54 - 100,00
Fallzahl	
Grundgesamtheit	27
Beobachtete Ereignisse	27
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 60,00 %

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

55. Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	101800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	0,87
Vertrauensbereich bundesweit	0,85 - 0,90

Rechnerisches Ergebnis	0,65
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,12 - 3,03
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,36 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

56. Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Ergebnis-ID	52305
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. 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</p>

	betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Einheit	%
Bundesergebnis	95,38
Vertrauensbereich bundesweit	95,30 - 95,46
Rechnerisches Ergebnis	95,83
Vertrauensbereich Krankenhaus	88,45 - 98,57
Fallzahl	
Grundgesamtheit	72
Beobachtete Ereignisse	69
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 90,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

57. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	101801
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	0,96
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 1,04
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 2,60 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

58. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52311
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies</p>

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Einheit	%
Bundesergebnis	1,42
Vertrauensbereich bundesweit	1,34 - 1,51
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 17,59

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

59. Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Ergebnis-ID	101802
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	TKez
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	53,31
Vertrauensbereich bundesweit	52,95 - 53,67

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Rechnerisches Ergebnis	83,33
Vertrauensbereich Krankenhaus	60,78 - 94,16

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	15

60. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51191
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-IMPL - Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Bundesergebnis	0,96

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 1,02
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 22,36

Fallzahl

Grundgesamtheit	18
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	0,14

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,98 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

61. Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Ergebnis-ID	121800
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,75
Vertrauensbereich bundesweit	0,60 - 0,95

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Vertrauensbereich Krankenhaus	-
-------------------------------	---

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 3,10 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

62. Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Ergebnis-ID	52315
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.</p>
--------------------------	--

Einheit	%
Bundesergebnis	0,91
Vertrauensbereich bundesweit	0,70 - 1,17
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
-----------------	-------------

Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 3,00 %
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

63. Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	51404
Leistungsbereich	HSMDEF-HSM-REV - Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine</p>

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.
Bundesergebnis	1,19
Vertrauensbereich bundesweit	1,03 - 1,36
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 129,50

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 5,04 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

64. Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

Ergebnis-ID	56000
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen</p>

	können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	61,88
Vertrauensbereich bundesweit	61,68 - 62,08
Rechnerisches Ergebnis	100
Vertrauensbereich Krankenhaus	73,78 - 99,99
Fallzahl	
Grundgesamtheit	8
Beobachtete Ereignisse	8
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 36,30 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

65. Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Ergebnis-ID	56001
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen</p>

	können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	29,94
Vertrauensbereich bundesweit	29,74 - 30,15
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 18,53

Fallzahl

Grundgesamtheit	12
Beobachtete Ereignisse	0

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 44,87 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

66. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56003
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link</p>

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

	entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	74,55
Vertrauensbereich bundesweit	74,09 - 75,01
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 63,22 % (5. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

67. Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Ergebnis-ID	56004
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren 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/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	3,21
Vertrauensbereich bundesweit	3,03 - 3,40
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 8,78 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

68. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56005
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen</p>

	können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,90
Vertrauensbereich bundesweit	0,89 - 0,91
Rechnerisches Ergebnis	0
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,00 - 0,62

Fallzahl

Grundgesamtheit	33
Beobachtete Ereignisse	0
Erwartete Ereignisse	4,07

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 1,60 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

69. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56006
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des</p>

	Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Bundesergebnis	0,93
Vertrauensbereich bundesweit	0,90 - 0,95
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,14 (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

70. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Ergebnis-ID	56007
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Bundesergebnis	0,92
Vertrauensbereich bundesweit	0,91 - 0,93
Rechnerisches Ergebnis	0,21
Vertrauensbereich Krankenhaus	0,04 - 0,68
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 1,54 (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
71. Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt	
Ergebnis-ID	56008
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis

Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>
Einheit	%
Bundesergebnis	0,24
Vertrauensbereich bundesweit	0,23 - 0,25
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 0,25 % (90. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
72. Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde	
Ergebnis-ID	56009
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines

Fachlicher Hinweis IQTIG	Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	4,76
Vertrauensbereich bundesweit	4,70 - 4,82
Vertrauensbereich Krankenhaus	-
Fallzahl	
Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	<= 7,60 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar
73. Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde	
Ergebnis-ID	56010
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer

Fachlicher Hinweis IQTIG	mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	18,19
Vertrauensbereich bundesweit	17,71 - 18,68
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 24,94 % (95. Perzentil)
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	N01
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

74. Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Ergebnis-ID	56011
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

	https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	11,14
Vertrauensbereich bundesweit	11,03 - 11,26
Rechnerisches Ergebnis	10,53
Vertrauensbereich Krankenhaus	4,51 - 20,41

Fallzahl

Grundgesamtheit	57
Beobachtete Ereignisse	6

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	<= 19,27 % (95. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

75. Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Ergebnis-ID	56014
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw.</p>

	Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	93,25
Vertrauensbereich bundesweit	93,00 - 93,49
Vertrauensbereich Krankenhaus	-

Fallzahl

Grundgesamtheit	Datenschutz
Beobachtete Ereignisse	Datenschutz
Erwartete Ereignisse	Datenschutz

Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators

Referenzbereich	>= 93,26 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	eingeschränkt/nicht vergleichbar
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

76. Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Ergebnis-ID	56016
Leistungsbereich	PCI - Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung
Art des Wertes	QI
Bezug zum Verfahren	DeQS
Fachlicher Hinweis IQTIG	<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den</p>

	Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/
Einheit	%
Bundesergebnis	95,07
Vertrauensbereich bundesweit	94,99 - 95,16
Rechnerisches Ergebnis	94,64
Vertrauensbereich Krankenhaus	86,39 - 98,47
Fallzahl	
Grundgesamtheit	56
Beobachtete Ereignisse	53
Ergebnis der Bewertung des Qualitätsindikators	
Referenzbereich	>= 93,53 % (5. Perzentil)
Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr	unverändert
Qualitative Bewertung im Berichtsjahr	R10
Qualitative Bewertung im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht	eingeschränkt/nicht vergleichbar

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

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

Es wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen vereinbart.

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

#	Leistungsbereich	Auswahl
1	Anästhesiologie ([Hamburg])	Ja
2	Schlaganfall ([Bayern, Hamburg, Rheinland-Pfalz])	Ja

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

trifft nicht zu/entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu/ entfällt

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

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

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Erbrachte Menge	41
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Erbrachte Menge	72

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	41
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	58
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	
Leistungsberechtigung im Prognosejahr	Ja
Prüfung durch Landesverbände	Ja
Leistungsmenge im Berichtsjahr	72
Erreichte Leistungsmenge in Q3/4 des Berichtsjahres und Q1/2 des Folgejahres	68
Ausnahmetatbestand	Nein
Erteilung einer Sondergenehmigung durch Landesbehörden	Nein

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

Der 'klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung noch nicht vollumfänglich erfüllt haben. Trifft nicht zu/ entfällt

Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden

Dialog gemäß § 8 QFR-RL

Hat das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt?

Nein

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

Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach "Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus(FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V" unterliegen	34
- Davon diejenigen, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	22
- Davon diejenigen, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben	22

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	100 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	100 %
3	Innere Medizin - Station 1 A - Tagschicht	100 %
4	Innere Medizin - Station 1 A - Nachtschicht	100 %
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station 1 B - Tagschicht	100 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 1 B - Nachtschicht	100 %
7	Innere Medizin - Station 1 C - Tagschicht	100 %
8	Innere Medizin - Station 1 C - Nachtschicht	100 %
9	Innere Medizin - Station 2 A - Tagschicht	100 %
10	Innere Medizin - Station 2 A - Nachtschicht	100 %
11	Innere Medizin - Station 2 B - Tagschicht	100 %
12	Innere Medizin - Station 2 B - Nachtschicht	100 %
13	Allgemeine Chirurgie - Station 2 C - Tagschicht	100 %
14	Allgemeine Chirurgie - Station 2 C - Nachtschicht	100 %
15	Allgemeine Chirurgie - Station 3 A - Tagschicht	100 %

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
16	Allgemeine Chirurgie - Station 3 A - Nachtschicht	100 %
17	Allgemeine Chirurgie - Station 3 B - Tagschicht	100 %
18	Allgemeine Chirurgie - Station 3 B - Nachtschicht	100 %
19	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station EC - Tagschicht	100 %
20	Allgemeine Chirurgie - Station EC - Nachtschicht	100 %

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
1	Intensivmedizin - Intensivstation - Tagschicht	93,97 %
2	Intensivmedizin - Intensivstation - Nachtschicht	93,97 %
3	Innere Medizin - Station 1 A - Tagschicht	100 %
4	Innere Medizin - Station 1 A - Nachtschicht	98,2 %
5	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station 1 B - Tagschicht	81,7 %
6	Allgemeine Chirurgie - Station 1 B - Nachtschicht	99,44 %
7	Innere Medizin - Station 1 C - Tagschicht	100 %
8	Innere Medizin - Station 1 C - Nachtschicht	95,69 %
9	Innere Medizin - Station 2 A - Tagschicht	98,77 %
10	Innere Medizin - Station 2 A - Nachtschicht	98,77 %
11	Innere Medizin - Station 2 B - Tagschicht	93,58 %
12	Innere Medizin - Station 2 B - Nachtschicht	92,98 %
13	Allgemeine Chirurgie - Station 2 C - Tagschicht	99,4 %
14	Allgemeine Chirurgie - Station 2 C - Nachtschicht	85,03 %
15	Allgemeine Chirurgie - Station 3 A - Tagschicht	99,09 %
16	Allgemeine Chirurgie - Station 3 A - Nachtschicht	98,79 %
17	Allgemeine Chirurgie - Station 3 B - Tagschicht	99,69 %
18	Allgemeine Chirurgie - Station 3 B - Nachtschicht	87,69 %
19	Allgemeine Chirurgie, Innere Medizin - Station EC - Tagschicht	99,68 %

Qualitätsbericht 2021

Israelitisches Krankenhaus Hamburg

#	Bereich - Station - Schicht	Erfüllungsgrad
20	Allgemeine Chirurgie - Station EC - Nachtschicht	97,38 %