



Strukturierter Qualitätsbericht
für das Berichtsjahr 2004
für das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg

16. August 2005

Herausgeber: Berufsgenossenschaftlicher Verein für Heilbehandlung Hamburg e.V.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Basisteil	5
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	5
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	5
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	5
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	5
A-1.7 A Fachabteilungen	6
A-1.7 B Die Top 30 DRG	7
A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften	8
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	9
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	9
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	9
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-1.11 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	10
B-1.21 Querschnittgelähmtenzentrum	12
B-1.31 Hand-, Plastische und Mikrochirurgie mit Brandverletztzentrum	15
B-1.51 Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin	19
B-1.61 Neurochirurgie	20
B-1.71 Radiologie	22
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	23
B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	23
B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen	23
B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen	23
B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	24



B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	25
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	26
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	27
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	27
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	27
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 SGB V	28
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung	31
	Systemteil	32
D	Qualitätspolitik	32
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	36
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	36
E-2	Qualitätsbewertung	39
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	44
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	46
G	Weitergehende Informationen	49

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Bergedorfer Str. 10
PLZ und Ort: 21033 Hamburg
Postfach-PLZ und Ort: 21027 Hamburg
E-Mail-Adresse: mail@buk-hamburg.de
Internetadresse: www.buk-hamburg.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260200217

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Berufsgenossenschaftlicher Verein für Heilbehandlung Hamburg e.V.

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: Nein (Stand 2004)

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

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 470, davon 170 nach § 108 SGB V

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 9259

Ambulante Patienten: 25221



A-1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
0100	Innere Medizin	0			
0200	Geriatric	0			
0300	Kardiologie	0			
0400	Nephrologie	0			
0500	Hämatologie und inter- nistische Onkologie	0			
0600	Endokrinologie	0			
0700	Gastroenterologie	0			
0800	Pneumologie	0			
0900	Rheumatologie	0			
1000	Pädiatrie	0			
1100	Kinderkardiologie	0			
1200	Neonatologie	0			
1300	Kinderchirurgie	0			
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde	0			
1500	Allgemeine Chirurgie	0			
1600	Unfallchirurgie	200	4.525	HA	ja
1700	Neurochirurgie	20	664	HA	ja
1800	Gefäßchirurgie	0			
1900	Plastische u. Hand- Chirurgie	87	2.261	HA	ja
2000	Thoraxchirurgie	0			
2100	Herzchirurgie	0			
2200	Urologie	0			
2300	Orthopädie	0			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	0			
2425	Frauenheilkunde	0			
2500	Geburtshilfe	0			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0			
2700	Augenheilkunde	0			
2800	Neurologie	40	285	HA	ja
2900	Allgemeine Psychiatrie	0			
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie	0			
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie	0			
3200	Nuklearmedizin	0			
3300	Strahlenheilkunde	0			
3400	Dermatologie	0			
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie	0			
3600	Intensivmedizin	17	340	HA	nein
3755	Querschnittgelähmten- zentrum	106	1.184	HA	ja

A-1.7 B Die Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B61	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	1.094
2	I13	Eingriffe an Arm, Unterschenkel und Sprunggelenk	746
3	I32	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand	612
4	I23	Materialentfernung außer Hüftgelenk und Oberschenkel	579
5	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unte	447
6	I40	Frührehabilitation bei Krankheiten am Muskel-Skelett-Syste	398
7	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen im Wirbelsäulenber	350
8	I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere t	345
9	I12	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiede	289
10	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkel	216
11	I31	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	181
12	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	177
13	X06	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen	170
14	J08	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement	168
15	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	138
16	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten des Nervensystems	137
17	I02	Gewebe- und Hauttransplantation	133
18	B07	Eingriffe am Nervensystems	133
19	I26	Andere Eingriffe an Handgelenk und Hand	106
20	I20	Eingriffe am Fuß	104
21	I71	Muskel- und Sehnenerkrankungen	101
22	I16	Andere Eingriffe am Schultergelenk	98
23	I24	Arthroskopie einschließlich Biopsie	91
24	B05	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	74
25	I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	74
26	I22	Große Eingriffe an Handgelenk und Daumen	72
27	I04	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	67
28	X05	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand	63
29	I21	Materialentfernung an Hüftgelenk und Oberschenkel	62
30	B80	Andere Kopfverletzungen	60



A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

- Berufsgenossenschaftliches Heilverfahren von Akutbehandlung über Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung bis zu ambulanter Versorgung,
- Querschnittgelähmtenzentrum mit Behandlung Hochgelähmter (Zwerchfelllähmung) und spezieller Neuro-Urologie,
- Brandverletzentzentrum mit Intensiveinheit für Schwerbrandverletzte,
- Unfall-Wiederherstellungs- und Handchirurgie mit Schwerpunkten in Osteitisbehandlung und Replantationsmedizin,
- Behandlung Schwer-Schädel-Hirn-Verletzter in der Neurologischen und in der Neurochirurgischen Abteilung.

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- Ambulante Eingriffe in den Bereichen Unfallchirurgie, Hand- und Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Urologie,
- Spezial-Sprechstunden in den Bereichen Querschnittlähmung und Brandverletzungen im Rahmen von Ermächtigungen sowie für Osteitis und Hilfsmittelanpassungen (speziell computergesteuerte Beinprothesen),
- Physikalische Therapie mit den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Bäder und Massagen, Sporttherapie, Gehschule und Schwimmhalle,
- Ambulante Rehabilitationsbehandlung im Reha-Zentrum City Hamburg.

A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaften

Das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg ist eine Einrichtung von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Alle Abteilungen des Hauses sind in die Berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung, auch nach dem Verletzungsartenverfahren, eingebunden. Der Ärztliche Direktor und benannte Stellvertreter nehmen die Funktion des Durchgangsarztes wahr, auch für das Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Hamburg.

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie	JA		JA	
Magnetresonanztomographie (MRT)	JA		JA	
Herzkatheterlabor		NEIN		
Szintigraphie		NEIN		
Positronenemissionstomographie (PET)		NEIN		
Elektroenzephalogramm (EEG)	JA			NEIN
Angiographie	JA			NEIN
Schlaflabor		NEIN		
Digit. Subtraktionsangiographie	JA		JA	
Urodynamischer Meßplatz	JA			NEIN
Lungenfunktionslabor	JA			NEIN
Laser	JA		JA	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie mit Gehschule	JA	
Dialyse		NEIN
Logopädie	JA	
Ergotherapie	JA	
Schmerztherapie	JA	
Eigenblutspende	JA	
Gruppenpsychotherapie	JA	
Einzelpsychotherapie	JA	
Psychoedukation		NEIN
Thrombolyse		NEIN
Bestrahlung		NEIN
Traditionelle Chinesische Medizin	JA	
Sporttherapie	JA	
Bäder, Massagen sowie Schwimmtherapie	JA	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.11 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Chefarzt: Prof. Dr. med. Jürgens, Ordinarius für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der Medizinischen Universität Lübeck

Sekretariat: 040/7306-2700, Fax: -2703

B-1.12 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Hauptaufgabengebiet ist die Versorgung Verletzter mit unfallbedingten Folgezuständen sowie von Patienten mit Erkrankungen und Veränderungen des Bewegungsapparates.

B-1.13 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Behandlung von Mehrfachverletzten einschließlich der Verletzungen der Körperhöhlen (Brust-, Bauchorgane) inklusive der operativen Behandlung von Wirbel- und Beckenverletzungen,
- Osteitis-Chirurgie: Behandlung infektiöser Knochen- und Gelenkerkrankungen, wobei zum Aufbau langstreckiger Knochenverluste u. a. die Ilisarow-Technik mit externen Fixateuren Anwendung findet,
- arthroskopische Eingriffe an Schulter, Knie, oberem Sprunggelenk, Ellen- und Handgelenk,
- Endoprothetik an Hüft-, Knie- und anderen Gelenken.

B-1.14 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Neben der operativen Tätigkeit spielt die Nachsorge und die konservative Behandlung der Patienten eine große Rolle. Entsprechend ist der Abteilung eine große Physikalische Therapie angegliedert, die sämtliche physiotherapeutischen Maßnahmen einschließlich der Schwimm-Therapie ermöglicht. Erweitert wird die Therapie durch ausgedehnte sporttherapeutische Möglichkeiten. Eine weitere Besonderheit stellt die Gehschule der Abteilung dar, die u. a. die Prothesenversorgung nach Amputationsverletzungen an den unteren Extremitäten betreut, schwerpunktmäßig mit computergestützten Modellen und entsprechende Gebrauchsschulungen.

Im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Hamburg wird eine Abteilung für die Versorgung von verletzten Kindern im Bereich der Unfallchirurgie für die gesetzliche Unfallversicherung unterhalten.

B-1.15 Unfallchirurgie: die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I13	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	744
2	I23	Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk	449
3	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	439
4	I40	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen am Muskel	243
5	I12	Knochen- und Gelenkinfektion mit verschiedenen Eingriffen an	242
6	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	215
7	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	149
8	I31	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	143
9	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	138
10	I02	Gewebe- und Hauttransplantation	110

B-1.16 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	M86	Osteomyelitis (Knochenentzündung)	500
2	S82	Fraktur Unterschenkel, einschließl. oberes Sprunggelenk	483
3	S52	Fraktur des Unterarmes	285
4	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten	265
5	M23	Binnenschädigung des Gelenkes	203
6	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	190
7	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	174
8	S72	Fraktur des Oberschenkelknochens	150
9	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes	141
10	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	132

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.17 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr 2004

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	1.434
2	5-800	Offen chirurgische Revision eines Gelenkes	624
3	1-697	Diagnostische Arthroskopie	515
4	5-812	Arthroskopische Operationen an Gelenkknorpel/Meniskus	451
5	5-793	Einrichtung offener Fraktur an Röhrenknochen	437
6	5-784	Knochen- und Sehnen- und -transposition	429
7	5-810	Arthroskopische Gelenkrevision	348
8	5-893	Chirurgische Wundsäuberung	341
9	5-811	Arthroskopische Operationen an Gelenkkapselhaut	313
10	5-790	Versorgung geschlossener Fraktur mit Platte/Schrauben	310



B-1.21 Querschnittgelähmtenzentrum

Chefarzt: Dr. med. Exner

Sekretariat: 040/7306-2600, Fax -2620

B-1.22 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Das Querschnittgelähmten-Zentrum ist eine Modelleinrichtung der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Es bietet die umfassende Behandlung Querschnittgelähmter an, die drei Phasen umfasst:

- Die erste Phase beinhaltet die Akutversorgung mit Lebensrettung, Diagnostik und operativer Versorgung aller relevanten Verletzungen einschließlich der Wirbelsäule, ggf. notwendige intensivmedizinische Maßnahmen schließen sich an. Die erste Phase endet mit der ganztägigen Rollstuhlfähigkeit des Patienten.
- Die zweite Phase umfasst alle Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, der weiterführenden Mobilisation, der Re-Innervationsschulung und der Anleitung zur Selbsthilfe sowie der Hilfsmittelversorgung.
- Die nachfolgende dritte und notwendige Phase wird lebenslange Nachsorge genannt. Sie dient der Früherkennung und der Behandlung typischer querschnittlähmungsspezifischer Komplikationen, die Querschnittgelähmte lebenslang bedrohen.

Behandlungsziel sind die Wiederherstellung der größtmöglichen Selbständigkeit auf dem bestehenden Lähmungsniveau sowie die soziale und berufliche Wiedereingliederung.

B-1.23 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Neuro-urologische Spezialbehandlung von Blasenlähmungsfolgen in der Früh- und Spätphase,
- Sanierung von Weichteilschäden (Druckgeschwüre) mit plastisch-chirurgischen Methoden und gleichzeitige Behandlung deren Ursache,
- Implantation von Medikamentenpumpen bei besonderer Spastikproblematik,
- Behandlung beatmungspflichtiger Tetraplegiker mit Sicherstellung einer artifiziellen Beatmungsform (mechanisch oder mittels Elektrostimulation),
- Implantation von Neurostimulatoren bei beatmungspflichtigen Patienten mit Zwerchfelllähmung,
- Regelmäßige ambulante und tagesstationäre Nachuntersuchungen zur Früherkennung typischer Komplikationen und zu deren Vermeidung bzw. spezialisierter Versorgung im Rahmen der lebenslangen Nachsorge,
- Komplexe lähmungshöhenadaptierte Heil- und Hilfsmittelversorgung.

B-1.24 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Eines der spezialisierten Leistungsangebote des Zentrums besteht in der teamorientierten Therapie der Spastizität. Diverse Schmerzbilder sowohl mechanischer Art als auch zentraler Ursache werden behandelt. Andere typische Komplikationen wie knöcherne Neubildungen mit Verriegelung großer Gelenke werden beseitigt und somit die Mobilität des Patienten erhalten oder wieder hergestellt. Die Gangschulung mit dem Laufband wird angeboten sowie Hippotherapie mit einem breiten Indikationsgebiet. Typische Knochenbrüche Querschnittgelähmter werden unter funktionellen Gesichtspunkten operativ oder konservativ behandelt.

B-1.25 Querschnittgelähmtenzentrum: die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B61	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	1.064
2	B60	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie	15
3	Z62	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	9
4	L68	Andere mäßig schwere Erkrankung der Harnorgane	6
5	Z64	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	6
6	B71	Komplexe Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	6
7	L70	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	3
8	B10	Operative Eingriffe bei nicht akuter Paraplegie / Tetraplegie	2
9	L65	Beschwerden und Symptome der Harnorgane	1
10	J02	Hauttransplantation /-plastik an der unteren Extremität bei U	1

B-1.26 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetrapegie	296
2	Z09	Nachuntersuchung (Uro-Check)	282
3	G95	Krankheiten des Rückenmarkes	129
4	L89	Dekubitalgeschwür (Druckgeschwür)	70
5	Z04	Untersuchung und Beobachtung aus sonstigen Gründen	27
6	S24	Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Brusthöhe	27
7	S14	Verletzung der Nerven und des Rückenmarkes in Halshöhe	27
8	S34	Verletzung der Nerven und des lumbalen Rückenmarkes	13
9	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	9
10	N31	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase	9

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

**B-1.27 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr 2004**

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-579	Therapeutische Injektion Harnblase	88
2	5-782	Plastische Dekubitusdeckung mit Knochenresektion	83
3	5-857	Plastische Dekubitusdeckung mit Weichteilresektion	56
4	5-780	Eingriffe an Knochen/Skelett	34
5	5-310	Anlage oder Revision Tracheostoma	23
6	5-570	Endoskopische Eingriffe Harnblase	21
7	5-793	Osteosynthesen	17
8	5-830	Wirbelsäuleneingriffe	17
9	5-829	Arthrolysen mit oder ohne Gelenkresektion	15
10	5-585	Transurethrale Operationen an der Harnröhre	11

B-1.31 Hand-, Plastische und Mikrochirurgie mit Brandverletzenzentrum

Chefarzt: Prof. Dr. med. Partecke

Sekretariat: 040/7306-2645, Fax - 2750

B-1.32 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Akutversorgung von Handverletzungen aller Schweregrade einschließlich Amputationen und komplexer Hautweichteil- und Knochenzerstörungen, auch als Kooperationspartner im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Hamburg,
- Funktionswiederherstellung an Händen nach Unfällen und Verletzungen durch Transplantation von Nerven oder Sehnen, Verlagerung von Muskel-Sehneneinheiten, Aufbau von Knochendefekten oder Korrektur von Fehlstellungen,
- Handchirurgische Wahleingriffe bei den verschiedensten Erkrankungen der Hand und des Unterarmes, z.B. Karpaltunnelsyndrom, Tennisellenbogen, Dupuytren-Erkrankung, Knochen- und Weichteiltumore, Gelenkarthrose usw.,
- Funktionsverbessernde Eingriffe an der oberen Extremität bei angeborenen Fehlstellungen,
- Plastisch-rekonstruktive Maßnahmen bei ausgedehnten Hautweichteildefekten oder auch funktionsbehindernden Narben im Bereich der gesamten Körperoberfläche durch Transplantation freier Muskellappen oder komplexer Hautweichteileinheiten,
- Behandlung von schwer-brandverletzten Erwachsenen und Kindern, auch im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift Hamburg,
- Plastisch/ästhetische Operationen wie Korrektur so genannter Schlupflider, absteher Ohren, Nasendeformitäten, Brustverkleinerungen und -vergrößerungen, Fettabsaugungen, Hautstraffungen.

B-1.33 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

In der Mikrochirurgie werden neben der Replantation von vollständig abgetrennten Gliedmaßen Körperteile und Gewebe verpflanzt, z.B. Zehen als Fingersatz oder Hautweichteile zur Abdeckung freiliegender Knochen, die sonst amputiert würden.

Schwere und schwerste Brandverletzungen werden auf der Brandverletzen-Intensivstation, der Brandverletzenstation und bei Kindern in einer entsprechenden Einrichtung im Kinderkrankenhaus Wilhelmstift behandelt und plastisch-chirurgisch versorgt.

B-1.34 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Im Bereich der Chirurgie der Körperoberfläche stellt die Laserchirurgie eine zunehmend genutzte Möglichkeit zur Behandlung von Stufenbildungen der Haut nach Übertransplantationen, von hypertrophen Narbenbildungen sowie von Aknenarben und anderen gutartigen Hautveränderungen dar. Zum Einsatz kommt ein Erbium-YAG-Laser, mit dem oberflächliche Gewebeschichten schonend bei minimaler Eindringtiefe entfernt werden können. Die Vorteile dieser Methode liegen in der ambulanten Durchführbarkeit, der Präzision und der Vermeidung offener Eingriffswunden.

B-1.35 Hand- und Plastische Chirurgie: die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I32	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand	607
2	J08	Andere Hauttransplantation und / oder Debridement	144
3	I40	Frührehabilitation bei Krankheiten am Muskel-Skelett-System	131
4	I23	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial	130
5	X06	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen	130
6	B07	Eingriffe an Nerven	125
7	I26	Andere Eingriffe an Handgelenk und Hand	106
8	B05	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	73
9	I22	Große Eingriffe an Handgelenk, Hand und Daumen	70
10	X05	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand	63

B-1.36 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	M25	Gelenkkrankheiten	294
2	S62	Fraktur im Bereich des Handgelenkes und der Hand	268
3	S68	Traumatische Amputation an Handgelenk und Hand	150
4	S66	Verletzung von Muskeln und Sehnen der Hand	110
5	S64	Verletzung von Nerven der Hand	98
6	G56	Nervenleiden der oberen Gliedmaßen	98
7	M72	Bindegewebsvermehrung	90
8	L03	Entzündung des Bindegewebes	87
9	S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	80
10	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	79

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.37 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr 2004

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-893	Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut/Unterhaut	602
2	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	310
3	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	247
4	5-056	Freilegung und Dekompression eines Nerven	179
5	5-795	Einrichtung offener Fraktur an kleinen Knochen	169
6	5-784	Knochentransplantation und -transposition	149
7	5-863	Amputation, Abtrennung Hand	147
8	5-892	Andere Eingriffe an Haut und Unterhaut	126
9	5-898	Operationen am Nagelorgan	124
10	5-780	Eingriff am Knochen, septisch und aspetisch	123

B-1.41 Neurologie

Chefarzt: Dr. med. Hanisch

Sekretariat: 040/7306-2755, Fax - 2754

B-1.42 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Behandlung unfallverletzter Patienten nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma sowie nach peripheren Nervenverletzungen und psychischen Traumata als Schwerpunkt der Abteilung,
- Berufliche Rehabilitation (Phase 2b nach dem Phasenkonzept der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) neurologischer Patienten speziell im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Behandlung der üblichen neurologischen Erkrankungen, nervenärztliche Konsiliaruntersuchungen für die übrigen Abteilungen des Krankenhauses sowie ambulante Untersuchungen und Behandlungen von Patienten im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Diagnostische Möglichkeiten: EEG, Langzeit-EEG, elektrophysiologische Untersuchungen wie EMG, SEP und VEP, Elektronystagmographie, Doppler- und Farb-Duplex-Sonographie, Posturographie und Neuroradiologie unter Nutzung von Kernspin- und Computertomografen.

B-1.43 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Für neuro-traumatologische Patienten besteht ein volles Behandlungsangebot von stationärer bis hin zu ambulanter Behandlung, einschließlich psychotraumatologischer Betreuung und medizinisch-beruflicher Rehabilitation.

Es wird neuro-psychologische Diagnostik und Behandlung angeboten, Psycho-Therapie, für BG-Patienten auch ambulant.

Die Behandlung chronischer Schmerzzustände bildet einen weiteren Schwerpunkt.

B-1.44 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Für die Therapie von spastischen Lähmungen und unwillkürlichen Bewegungen wird Botulinum-Toxin-Behandlung angeboten.

Es bestehen umfangreiche therapeutische Angebote in der Fachabteilung (Berufstherapie, Logopädie, Neuropädagogik, Musiktherapie) und darüber hinaus (Physiotherapie, Sporttherapie, balneo-physikalische Behandlungen, Ergotherapie).

B-1.45 Neurologie: die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten des Nervensystems	98
2	B76	Anfälle mit/ohne Langzeit-EEG	42
3	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich	13
4	Z64	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	12
5	U66	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Störungen	11
6	B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	11
7	901	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	9
8	U65	Angststörungen	6
9	B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems	6
10	D61	Gleichgewichtsstörungen / Schwindel	5

B-1.46 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F07	Schweres Schädel-/Hirutrauma	104
2	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	11
3	G40	Epilepsie	10
4	G82	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie	9
5	M54	Rückenschmerzen	8
6	S06	Intrakranielle Verletzung	8
7	Z02	Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen	8
8	G44	Sonstige Kopfschmerzsyndrome	7
9	G57	Nervenleiden der unteren Gliedmaßen	7
10	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	5

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.51 Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin

Chefarzt: Dr. med. Voeltz

Sekretariat: 040/7306-3711, Fax - 3715

B-1.52 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Durchführung von Narkosen für operative Eingriffe, Interventionen und Diagnostik einschließlich postnarkotischer Überwachung auf spezieller Aufwachstation,
- Intensivmedizinische Behandlung auf der operativ-traumatologischen Intensivstation und der Intensivstation für Brandverletzte,
- Betreiben eines Konsiliar- und Analgesiedienstes mit eigener Sprechstunde,
- Notärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst der Freien und Hansestadt Hamburg auf dem Notarzteinsatzfahrzeug 25 der Hamburger Berufsfeuerwehr und dem Rettungshubschrauber „Christoph Hansa“ des ADAC,
- Leitung des hauseigenen Blutdepots mit Stellung des Transfusionsverantwortlichen des Krankenhauses.

B-1.53 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Die Abteilung verfügt über umfangreiche Erfahrung in der intensivmedizinischen und anästhesiologischen Betreuung von Schwerbrandverletzten, Querschnittgelähmten, Polytraumen, Schädel-Hirn-Verletzten und Patienten mit Verletzungen der Wirbelsäule sowie mit Replantationen nach Amputationsverletzungen.

B-1.54 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Im Rahmen der Versorgung der stationären Patienten sowie der ambulanten BG-Fälle stellt die Abteilung die Schmerztherapie sicher, inklusive der Anwendung von Methoden der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM).
- Es besteht eine Anästhesieambulanz.
- Der Abteilung obliegt der hausinterne Notfalldienst, der über eine eigene Rufnummer zentral alarmiert wird.

B-1.61 Neurochirurgie

Chefarzt: Prof. Dr. med. Freckmann

Sekretariat: 040/7306-3410, Fax - 3415

B-1.62 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Sicherstellung der raschen und fachlich qualifizierten Versorgung schädelhirnverletzter Patienten durch nahtlose, fachübergreifende Versorgung Unfallverletzter mit Schäden des Zentral-Nervensystems, angefangen von der neurochirurgischen Akutbehandlung und Frührehabilitation bis hin zur Spät- und Langzeit-Rehabilitation mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung.
- Alle in das Fachgebiet Neurochirurgie fallenden Erkrankungen, mit Ausnahme stereotaktischer Indikationen.

B-1.63 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Behandlung schmerzhafter Abnutzungserscheinungen an der Wirbelsäule, wie Bandscheibenvorfälle und knöcherne Einengungen von Rückenmarkskanal und Nervenaustrittslöchern.
- Operative Behandlung gutartiger Geschwulste, speziell der Hirnanhangsdrüse, sowie spontaner Blutungen des Schädelinneren und des Wirbelkanals.

B-1.64 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Die Abteilung bietet auf neurochirurgischem Gebiet spezielle Schmerztherapie mit Schmerzambulanz an, einschließlich der Beratung und Betreuung von Patienten mit spastischen Lähmungen.

B-1.65 Neurochirurgie: die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich	278
2	I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	249
3	B03	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartigen Tumoren	29
4	B61	Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks	12
5	B02	Kraniotomie mit aufwändiger Schädelöffnung	9
6	B71	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven	8
7	I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe	7
8	B78	Interne Schädelverletzung ohne schwere Begleiterkrankung	6
9	I09	Wirbelkörperperfusion	6
10	B79	Schädelfrakturen	4

B-1.66 10 häufigsten Haupt-Diagnosen im Berichtsjahr 2004

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	M51	Bandscheibenschäden	267
2	M47	Degenerative Erkrankung der Wirbelkörper	194
3	M48	Sonstige Wirbelsäulenerkrankung	68
4	S06	Innere Schädelverletzung	36
5	M50	Bandscheibenschäden Halswirbelsäule	31
6	M54	Rückenschmerzen	13
7	G57	Nervenerkrankung der unteren Extremität	7
8	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	6
9	M84	Veränderungen der Knochenkontinuität	5
10	T87	Komplikationen nach Replantation und Amputation	4

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.67 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe im Berichtsjahr 2004

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	8-158	Therapeutische Punktion eines Gelenkes	397
2	5-831	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	313
3	8-917	Medikamenteninjektion in Wirbelsäule zur Schmerztherapie	298
4	1-854	Diagnostische Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels	109
5	5-832	Ausschneidung von erkranktem Gewebe der Wirbelsäule	71
6	5-033	Eingriff am Rückenmarkskanal	47
7	5-785	Implantation von Knochenersatz	42
8	5-836	Versteifungsoperation an Wirbelsäule	32
9	5-010	Schädelöffnung über die Kalotte	22
10	5-830	Entfernung von erkranktem Gewebe der Wirbelsäulenknochen	20



B-1.71 Radiologie

Chefärztin: Dr. Moldenhauer

Sekretariat: 040/7306-3686, Fax - 3700

B-1.72 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Sämtliche konventionelle Röntgenaufnahmen des Skeletts, der Brustorgane und der Bauchorgane außer Mammographie,
- Infusionsurografien,
- sämtliche Computertomographien des Schädels, der Brustorgane und Bauchorgane sowie des Skeletts,
- Kernspintomographien schwerpunktmäßig des Schädels, der Wirbelsäule, der Gelenke einschließlich der Hände sowie auch der Thorax- und der Bauchorgane,
- Durchleuchtungen der Handgelenke,
- Arm-, Bein- und Beckenvenen Darstellungen,
- Hüftgelenksdarstellungen mit Kontrastmitteln,
- Bein- und Beckenangiographien als digitale Subtraktionsangiographien.

B-1.73 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Im Rahmen des Behandlungsspektrums des Krankenhauses hat sich die Abteilung besonders auf die Darstellung von Verletzungen und Verletzungsfolgen der Brust- und Bauchorgane, der Extremitäten mit dem Schwerpunkt Hände, der Wirbelsäule, des Rückenmarkes sowie des Hirnschädels spezialisiert.

B-1.74 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Digitale Subtraktionsangiographien der hirnversorgenden Gefäße und Abdominalgefäße,
- Kontrastmittel-Untersuchungen des Magen-Darmtraktes,
- Durchleuchtungen bei neurochirurgischen Infiltrationsbehandlungen der Wirbel- und Sakroiliakgelenke,
- Ultraschalluntersuchung des Bauchtraumes, von Muskeln und Gelenken sowie Gefäßen, in Einzelfällen auch des Herzen.

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 540

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen

(nach absoluter Fallzahl)

Rang	EBM- Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	2070	Karpaltunnelsyndrom	163
2	2084	Schnellender Finger - A1-Ringbandspaltung	97
3	2353	Materialentfernung	78
4	2051	Entfernung Handgelenksganglion	14
5	2052	Entfernung Beugesehnenscheidenganglion	7

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

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) keine (Fälle)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) keine (Fälle)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) keine (Fälle)



B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	1		1
0200	Geriatrie			
0300	Kardiologie			
0400	Nephrologie			
0500	Hämatologie und internistische Onkologie			
0600	Endokrinologie			
0700	Gastroenterologie			
0800	Pneumologie			
0900	Rheumatologie			
1000	Pädiatrie			
1100	Kinderkardiologie			
1200	Neonatalogie			
1300	Kinderchirurgie			
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde			
1500	Allgemeine Chirurgie			
1600	Unfallchirurgie	42	5	37
1700	Neurochirurgie	5		5
1800	Gefäßchirurgie			
1900	Plastische Chirurgie	21	1	20
2000	Thoraxchirurgie			
2100	Herzchirurgie			
2200	Urologie	4		4
2300	Orthopädie			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
2425	Frauenheilkunde			
2500	Geburtshilfe			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			
2700	Augenheilkunde			
2800	Neurologie	10	4	6
2900	Allgemeine Psychiatrie			
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie			
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie			
3200	Nuklearmedizin			
3300	Strahlenheilkunde			
3400	Dermatologie			
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie			
3600	Intensivmedizin	42	15	27
3700	Sonstige Fachabteilung	26	2	24

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 7

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflege- helfer/-in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin				
0200	Geriatrie				
0300	Kardiologie				
0400	Nephrologie				
0500	Hämатologie und inter- nistische Onkologie				
0600	Endokrinologie				
0700	Gastroenterologie				
0800	Pneumologie				
0900	Rheumatologie				
1000	Pädiatrie				
1100	Kinderkardiologie				
1200	Neonatalogie				
1300	Kinderchirurgie				
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde				
1500	Allgemeine Chirurgie				
1600	Unfallchirurgie	166	80	1	2
1700	Neurochirurgie	21	86		
1800	Gefäßchirurgie				
1900	Plastische Chirurgie	81	69	23	
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				
2200	Urologie				
2300	Orthopädie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie	39	87		8
2900	Allgemeine Psychiatrie				
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie				
3200	Nulkearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin	80	41	54	
3700	Sonstige Fachabteilung	169	90	1	4
	Gesamt	556	76	12	2



C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Das Krankenhaus ist aufgrund seines Leistungsspektrums nicht in Disease - Management - Programme (DMP) eingebunden.



C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 SGB V

Die Leistungen, die im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg erbracht werden, fallen nicht unter die Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 SGB V.

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10				
	5-503.0		NEIN			
	5-503.1		NEIN			
	5-503.2		NEIN			
	5-503.3		NEIN			
	5-503.x		NEIN			
	5-503.y		NEIN			
	5-504.0		NEIN			
	5-504.1		NEIN			
	5-504.2		NEIN			
	5-504.x		NEIN			
	5-504.y		NEIN			
	5-502.0		NEIN			
	5-502.1		NEIN			
	5-502.2		NEIN			
	5-502.3		NEIN			
	5-502.5		NEIN			
	5-502.x		NEIN			
	5-502.y		NEIN			
Nierentransplantation		20				
	5-555.0		NEIN			
	5-555.1		NEIN			
	5-555.2		NEIN			
	5-555.3		NEIN			
	5-555.4		NEIN			
	5-555.5		NEIN			
	5-555.x		NEIN			
	5-555.y		NEIN			

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



Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0		NEIN			
	5-521.1		NEIN			
	5-521.2		NEIN			
	5-523.2		NEIN			
	5-523.x		NEIN			
	5-524		NEIN			
	5-524.0		NEIN			
	5-524.1		NEIN			
	5-524.2		NEIN			
	5-524.3		NEIN			
	5-524.x		NEIN			
	5-525.0		NEIN			
	5-525.1		NEIN			
	5-525.2		NEIN			
	5-525.3		NEIN			
	5-525.4		NEIN			
	5-525.x					
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]				
	5-411.00		NEIN			
	5-411.01		NEIN			
	5-411.20		NEIN			
	5-411.21		NEIN			
	5-411.30		NEIN			
	5-411.31		NEIN			
	5-411.40		NEIN			
	5-411.41		NEIN			
	5-411.50		NEIN			
	5-411.51		NEIN			
	5-411.x		NEIN			
	5-411.y		NEIN			
	8-805.00		NEIN			
	8-805.01		NEIN			
	8-805.20		NEIN			
	8-805.21		NEIN			
	8-805.30		NEIN			
	8-805.31		NEIN			
	8-805.40		NEIN			
	8-805.41		NEIN			
	8-805.50		NEIN			
	8-805.51		NEIN			
	8-805.x		NEIN			
	8-805.y		NEIN			

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

C-5.2 *Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung*

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

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

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

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

Das Krankenhaus unterliegt nicht der Mindestmengenvereinbarung.

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Das Krankenhaus unterliegt nicht der Mindestmengenvereinbarung.

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Das Krankenhaus unterliegt nicht der Mindestmengenvereinbarung.



Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Alles aus einer Hand

Unter diesem Motto stehen die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken für alle Patienten offen. Unser Qualitätsmodell basiert auf einem ganzheitlichen Ansatz gemäß dem gesetzlichen Auftrag **"Heilen und Helfen mit allen geeigneten Mitteln"**. Eine umfassende Behandlung auf höchstem Niveau ist in allen Bereichen sichergestellt. Wir bieten die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung mit einer dem aktuellen Stand entsprechenden technischen und personellen Ausstattung. Dazu gehört insbesondere die Versorgung durch Fachärzte und qualifiziertes Personal rund um die Uhr.

Gemäß dem Leitmotiv "Rehabilitation vor Rente" haben die Berufsgenossenschaften schon Ende des 19. Jahrhunderts eigene Einrichtungen geschaffen, um eine optimale medizinische Versorgung sicherzustellen. Es haben sich Schwerpunkte für besondere Verletzungen (Verbrennungen, Querschnittlähmung, schwere Unfälle) herausgebildet, die für die allgemeine Versorgung der Bevölkerung insgesamt nicht mehr wegzudenken sind.

Durch eine laufende Überprüfung unserer Behandlungsprozesse und –ergebnisse sorgen wir für eine ständige Verbesserung unserer Leistungen. Die gewonnenen Erkenntnisse fließen in die Weiterentwicklung des medizinischen Standards ein.

Unser Angebot steht für eine Betreuung vom Unfall bis zur Wiedereingliederung in das berufliche und soziale Umfeld. Durch Teilnahme am Rettungsdienst, ständige Aufnahmebereitschaft und entsprechende personelle und technische Vorhalteleistungen gewährleisten wir eine hochwertige Notfallversorgung. Eine intensive Frührehabilitation und eine umfassende Vor- und Nachsorge unter Beteiligung von Berufshilfe und Sozialdienst runden unser Leistungsspektrum ab.

Qualitätsvision des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg

Als Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg stehen wir für Qualität im Bereich der Unfall- und Rehabilitationsmedizin. Daher streben wir weiterhin die bestmögliche ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung aller Patienten an. Dies kann nur gelingen, wenn wir auf allen Ebenen einen hohen Leistungsstandard erbringen und uns weiterentwickeln.

Wir sehen es als unsere Aufgabe an, eine umfassende Behandlung auf höchstem Niveau in allen Bereichen sicherzustellen. Die darauf basierende Qualitätspolitik mit ihren strategischen und operativen Zielen ist abgeleitet aus dem interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend erarbeiteten Leitbild des Hauses.

Die Zufriedenheit unserer Patienten und ihrer Angehörigen, unserer Kunden, unserer Zuweiser sowie Kostenträger ist unsere Messgröße zur Gestaltung eines attraktiven und konkurrenzfähigen Angebots. Wir gewährleisten die Einhaltung fachlicher Standards in unseren Abläufen und bei der Ausbildung der Mitarbeiter. Die räumliche, technische und personelle Ausstattung des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Hamburg ermöglicht eine hochwertige medizinische Behandlung und berücksichtigt die Bedürfnisse

von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. Wir verbessern unsere Leistungsabläufe kontinuierlich, um eine qualifizierte Arbeit auf hohem Niveau zu erbringen.

Die Vermittlung von Qualitätspolitik und Qualitätszielen sowie die Information der Mitarbeiter über die Maßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements erfolgt über interne und externe Veranstaltungen, über die Hauszeitschrift (Boberg intern) sowie über das Intranet (QM- und KTQ-Infoseiten) und interne Informationsschriften des Qualitätsmanagements.

Klinikweite Qualitätsziele

Patienten und Kunden

- Wir wollen für unsere Patienten über die gesamte Behandlungskette ein optimales Behandlungsergebnis erreichen.
- Wir wollen als gastfreundliches, offenes und transparentes Haus wahrgenommen werden. Service für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter, die Berufsgenossenschaften und andere Kostenträger, externe Ärzte und Besucher ist uns deshalb wichtig.
- Wir verstehen uns als Service- und Kompetenzzentrum für die gesetzliche Unfallversicherung.

Mitarbeiter

- Wir streben an, dass sich alle Mitarbeiter regelmäßig fortbilden. Dazu gehört, dass unsere Ärzte ab 2009 über das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer verfügen.
- Wir weisen neue Mitarbeiter umfassend in ihre Aufgabe ein.
- Wir setzen alle erforderlichen Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit und Gesundheit unserer Mitarbeiter unter Berücksichtigung bestehender Gefährdungen und Belastungen um und überprüfen die Maßnahmen regelmäßig auf ihre Wirksamkeit.

Prozesse

- Wir stellen sicher, dass wir eine optimale Patientenversorgung nach anerkannten Leitlinien anbieten.
- Wir ordnen Aufgaben und Kompetenzen klar zu und arbeiten in abteilungs- und bereichsübergreifenden Teams zusammen.
- Wir gestalten die Informations- und Kommunikationswege sowie die Organisationsstrukturen des Hauses klar und nachvollziehbar.

Wirtschaftlichkeit

- Wir gehen mit den vorhandenen Ressourcen schonend um und führen unser Haus nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen.
- Wir vergleichen unsere Prozess- und Ergebnisqualität mit anderen Leistungsträgern, um die Vorteile des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens zu überprüfen und nachzuweisen.

Öffentlichkeit

- Wir wollen eine bessere Wahrnehmung der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung in der Öffentlichkeit erreichen.
- Wir stellen sicher, dass die Berufsgenossenschaften über unsere Leistungen laufend und umfassend informiert werden und entwickeln unsere Angebote regelmäßig gemäß den Bedürfnissen der Berufsgenossenschaften weiter.



Qualitätsmaßnahmen

Patienten und Kunden

- Wir arbeiten durchgängig über Abteilungs- und Berufsgruppengrenzen hinweg im therapeutischen Team.
- Wir führen Patientenbefragungen durch.
- Wir optimieren das Beschwerdemanagement für Patienten, Kunden und Berufsgenossenschaften.
- Wir entwickeln das Klinikinformationssystem und die digitale Patientenakte systematisch weiter.
- Wir führen das Konzept „Allergenarmes Krankenhaus“ weiter.
- Wir weiten unser Angebot von Serviceleistungen für Berufsgenossenschaften (z. B. Schuhversorgung, Hörgeräteversorgung, Inkontinenzversorgung) aus.

Mitarbeiter

- Wir erweitern und zertifizieren die interdisziplinäre Ärztefortbildung am Krankenhaus.
- Wir sorgen dafür, dass unsere Mitarbeiter auf allen Ebenen für die ihnen übertragenen Aufgaben umfassend qualifiziert werden.
- Wir stellen Mitarbeiter für Fortbildungsveranstaltungen frei.
- Wir erarbeiten Instrumente zur Personalentwicklung (Mitarbeitergespräch, Personalplanung, Führungskräfteentwicklung) und führen diese systematisch ein.
- Wir setzen Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter auf allen Ebenen um.
- Wir führen Mitarbeiterbefragungen durch.
- Wir evaluieren das Projekt „Rückenprävention“.

Prozesse

- Einführung von klinischen Behandlungspfaden,
- Weiterführung der internen Komplikationsstatistiken,
- Einführung eines „Trauma-Telefons“ zur Sicherstellung eines zentralen Ansprechpartners rund um die Uhr,
- Erweitertes mikrobiologisches und hygienisches Monitoring,
- Durchführung von Projekten zur Ablaufoptimierung (z. B. Einführung und Weiterentwicklung der digitalen Patientenakte, Zentrales Belegungsmanagement, Entlassungsmanagement).

Wirtschaftlichkeit

- Wir bauen die ambulante prästationäre Operationsvorbereitung aus.
- Wir ermöglichen eine effiziente Dokumentation.
- Wir verfügen über ein Finanz- und Medizincontrolling und nutzen Wirtschaftlichkeitsreserven (z. B. Zentraler Einkauf im Rahmen der VBGK).
- Wir entwickeln Qualitätsindikatoren für die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung.
- Wir gestalten die wirtschaftlichen Abläufe durch Kostenträgerrechnung transparent und können uns so auch an der bundesweiten Kalkulation der Fallpauschalen (DRG) des INEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) beteiligen.

Öffentlichkeit

- Wir führen Informations- und Schulungsveranstaltungen für Mitarbeiter der Berufsgenossenschaften durch.
- Wir kooperieren eng mit Einweisern und Nachbehandlern (z.B. Angebot von Nachbehandlungskonzepten, Vortragsveranstaltungen, Möglichkeiten zur ambulanten Patientenvorstellung).
- Wir arbeiten an einer engagierten Darstellung der berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung in Öffentlichkeit und Politik.
- Wir arbeiten intensiv in Fachgremien und Berufsverbänden mit.
- Wir unterstützen Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen.



E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Der Krankenhausträger, der Berufsgenossenschaftliche Verein für Heilbehandlung Hamburg e.V. sieht einen seiner Tätigkeitsschwerpunkte in der Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität. In den 80er und 90er Jahren stand dabei die Umsetzung von Qualitätsstandards aus dem System der gesetzlichen Unfallversicherung vor allem im Bereich der Prozess- und Strukturqualität, d.h. der personellen und sächlichen Ausstattung im Mittelpunkt. Als Krankenhaus der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung betrifft dies zunächst die Erfüllung der Standards zur Zulassung von Krankenhäusern zum Verletzungsartenverfahren der Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung. Die speziellen Schwerpunktbereiche des Hauses wurden nach Vorgaben des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften ausgerichtet, zu nennen wären hier die „Denkschrift für die Rehabilitation Brandverletzter“, die Denkschrift "Zur Neuordnung der Behandlungszentren für Querschnittgelähmte in der BRD mit Planungsrichtwerten für Neubauten" und die Empfehlungen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften "Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirnverletzter".

Zunehmend richtet sich das Qualitätsmanagement auch auf den Schwerpunkt Ergebnisqualität. Zu diesem Zweck wurde neben der seit 1992 bestehenden internen medizinischen Qualitätsberichterstattung der Aufbau eines strukturierten Qualitätsmanagementsystems in Angriff genommen. In diesem Prozess werden die notwendigen inhaltlichen Festlegungen getroffen und die erforderlichen Strukturen geschaffen.

Die Koordination der Maßnahmen obliegt dem Lenkungsausschuss, der sich aus den beiden alternierenden Vorstandsvorsitzenden und der Geschäftsführung des Trägervereins, der Krankenhausbetriebsleitung (Ärztlicher Direktor, Verwaltungsdirektor und Pflegedirektorin), dem Leiter der Stabsstelle Qualitätssicherung und einem Mitglied des Betriebsrates zusammensetzt. Hier werden die erforderlichen Entscheidungen getroffen und Projektaufträge erteilt. Die Projekte werden durch das Projektmanagementteam mit Mitarbeitern des mittleren Managements aus Ärztlichem Dienst, Pflege und Verwaltung koordiniert und angeleitet

Innerhalb der Leitungsstrukturen verantwortlich für das **Qualitätsmanagement** ist der Ärztliche Direktor, Herr Prof. Dr. med. Jürgens. Ihm untersteht eine zentrale Stabstelle Qualitätsmanagement, bestehend aus einem Oberarzt, einem weiteren Arzt, einem Diplompflegewirt und einem Krankenpfleger. Für die medizinischen Fachabteilungen sind Qualitätsbeauftragte bestellt.

In der **Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie** unterstehen dem verantwortlichen Chefarzt, Herrn Prof. Dr. Jürgens, für die Sicherstellung des abteilungsinternen Qualitätsmanagements zwei Qualitätsbeauftragte sowie ein Komplikationsbeauftragter und die Beauftragung für die externe Qualitätssicherung. Ziel ist es, eine sichere qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten mit nachweislich wenig Komplikationen unter Einhaltung des Facharztstandards rund um die Uhr sicherzustellen. Einen hohen Stellenwert nimmt dabei die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte in Anlehnung an die bestehende Kooperation mit der Medizinischen Universität Lübeck ein. Im klinischen Alltag werden alle Eingriffe in regelmäßig stattfindenden Besprechungen vorbereitet und anschließend ausgewertet. Wöchentlich werden ggf. aufgetretene Komplikationen ausgewertet und Schlussfolgerungen gezogen.

In der Abteilung für **Hand-, Plastische und Mikrochirurgie** ist –wie in allen anderen Abteilungen auch- ebenfalls ein Qualitätsbeauftragter benannt. Im Mittelpunkt der Qualitätssicherung steht neben der täglichen Fallbesprechung unter Leitung des Chefarztes, Hr. Prof. Dr. Partecke, die systematische Sammlung aller aufgetretenen Komplikationen in einer abteilungsinternen Datenbank. Neben abteilungsinterner Auswertung der Fälle werden diese regelmäßig in den monatlichen Komplikationskonferenzen des Krankenhauses diskutiert. Diese Konferenzen stellen, da an ihnen alle Abteilungen teilnehmen, einen wichtigen Anreiz für die permanente Verbesserung der Qualität dar. Anhand von seit über 10 Jahren erhobenen Parametern ist die Entwicklung der Qualität transparent, Ergebnisse werden unter E 2 dargestellt.

In der **Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin** nimmt der Chefarzt, Hr. Dr. Voeltz, neben der Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement auch noch die ärztliche Leitung für das Blutdepot wahr. Die beiden Leitenden Oberärzte der Abteilung sind je für die Bereiche operative Anästhesie, Aufwachräume und den Konsiliar- und Analgesiedienst sowie für die Intensivmedizin, den Rettungsdienst und die Transfusionsmedizin zuständig. Es finden regelmäßige Fallbesprechungen statt, eine abteilungsinterne Fortbildung, eine gesamtabteilungsärztliche Besprechung sowie eine monatliche Oberarztbesprechung.

Im **Querschnittgelähmten-Zentrum** steht das Qualitätsmanagement unter der persönlichen Leitung des Chefarztes Dr. Exner. Der hohe Behandlungsstandard, der in den letzten 40 Jahren in der Behandlung Querschnittgelähmter erreicht worden ist, wird überprüft und dokumentiert anhand international angewandter Kennzahlensysteme zur Qualitätsbeurteilung (FIM, SCIM, VAS, WISCI usw.). Zwei Qualitätsbeauftragte sind zuständig zum einen für Qualitätskontrolle im Sinne der Komplikationserfassung und zum anderen für die Mitarbeit an der ständigen Verbesserung der Prozesse, auch auf das gesamte Haus bezogen. Für die interdisziplinäre Kommunikation werden Instrumente angewandt, die ein standardisiertes Vorgehen gestatten, wie zum Beispiel das „Kleine Team“ (regelt auf Stationsebene das Behandlungsverfahren), das „Große Team“ (regelt Gesamtverfahren innerhalb der Klinik), Arbeitsgruppe QZ (regelt Standardverfahren), Belegungskonferenz, Wiedereingliederungskonferenz etc.. Im Auftrag der Geschäftsführung werden für die VBGK (Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken) Prozessbeschreibungen in Form ‚Klinischer Behandlungspfade‘ erstellt.

Die **Neurologische Abteilung** orientiert sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin. Es erfolgt eine intensive Supervision durch den Chefarzt, Herrn Dr. Hanisch, den Oberarzt und die erfahrenen Fachärzte. Neben dem Instrument wöchentlicher Chef- und Oberarztvisiten dient vor allem die regelhafte Vorstellung aller neu aufgenommenen Patienten beim Oberarzt der Sicherung einer hohen Qualität. Die Koordination der Therapiemaßnahmen erfolgt in wöchentlichen Besprechungen der Stationsärzte mit den zuständigen Therapeuten. Es wird insgesamt viel Zeit für die Mitarbeitergespräche verwandt.

In der **Neurochirurgischen Abteilung**, die ausschließlich durch erfahrene Fachärzte repräsentiert wird, überwacht der Chefarzt, Hr. Prof. Dr. Freckmann, persönlich die für die Qualitätssicherung relevanten Parameter. Wöchentlich werden Fälle in einer abteilungsinternen Ärztekonzferenz diskutiert und auch hier erfolgt die Teilnahme an der einmal im Monat stattfindenden abteilungsübergreifenden Komplikationskonferenz.

In der **Röntgenabteilung** hat sich die Chefarztin, Frau Dr. Moldenhauer, im Rahmen eines berufsbegleitenden Studiums im Bereich Qualitätsmanagement fortgebildet. Ebenfalls eine Fortbildung im Bereich Qualitätsmanagement haben die Leitende Medizinisch-technischen Röntgenassistentin (MTRA) und ihre Vertretung absolviert. In der Abteilung



besteht somit mit den zusätzlich vorhandenen Tutorinnen ein ausgebautes System der Anleitung und Qualitätssicherung. Für jeden Arbeitsplatz und jede Untersuchung existieren darüber hinaus schriftliche Standardhandlungsanweisungen (SOPS) unter Berücksichtigung von Patientenorientierung (Information, Bereitstellen von Voruntersuchungen und Befunden, Patientenkomfort, Kontrolle der Wartezeiten) technischer Durchführung und Mitarbeiterorientierung (Arbeitsschutz, Einarbeitungs- und Auffrischungskonzepte) einschließlich der dazugehörigen Überprüfungen.

Eine zentrale Stelle bei der Qualitätssicherung nimmt die **Krankenhaushygiene** ein. Dies beginnt bei der baulichen Gestaltung, die die strengen Standards des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften für die Zulassung zur Behandlung von Unfallverletzten erfüllt. Zur Gewährleistung der täglichen Hygiene, d.h. der Vermeidung von Krankenhausinfektionen, hat das Haus den Betrieb des Bereiches Krankenhaushygiene dem Institut für Hygiene und Umwelt der Freien und Hansestadt Hamburg übertragen. Der Leiter der dortigen Abteilung für Klinische Mikrobiologie und Hygiene, Hr. Dr. med. Sammann, nimmt im Haus die Funktion des Hygienearztes und Leiters der Hygienekommission wahr. Die Vorgaben zur Hygiene sind in einem Hygieneordner in Form von Hygienearbeitsblättern zusammengefasst, welcher allen Mitarbeitern zur Einsicht zur Verfügung steht. Diese Hygienearbeitsblätter sind Dienstanweisungen und damit für alle Mitarbeiter verbindlich. Die Anleitung und Überwachung erfolgt durch am Haus tätige Mitarbeiter des Institutes für Hygiene und Umwelt.

Die Gewährleistung einer hohen **Lebensmittelhygiene** erfolgt durch ein auf die Belange des Krankenhauses abgestimmtes und mit dem Gesundheits- und Umweltamt vereinbartes HACCP-Konzept (nach dem Standard von Welternährungs- und Weltgesundheitsorganisation **Hazard Analysis and Critical Control Point**). Die zentrale Steuerung und Überwachung des HACCP-Konzeptes obliegt dem HACCP-Team, bestehend aus Mitarbeitern der Abteilung Krankenhaushygiene, der Technischen Abteilung, einem Koch und dem stellvertretenden Küchenleiter.

Die Pflegedirektion / Pflegedienstleitung trägt Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung der **Pflege** und die Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter/innen. Für die Sicherstellung des abteilungsinternen Qualitätsmanagements, Beratung und Unterstützung im Sinne der Abgabe von Empfehlungen zur Durchsetzung und Umsetzung von Qualitätsmanagementzielen und –maßnahmen wurde ein pflegerischer Qualitätsmanagementbeauftragter freigestellt und in die Stabsstelle Qualitätssicherung entsandt, um den Implementierungsprozess des internen Qualitätsmanagement im Pflegedienst zu fördern.

E-2 Qualitätsbewertung

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

1. Im Zentrum der Maßnahmen zur Qualitätsbewertung stand im BUKH eine erste Selbstbewertung im Rahmen der vorgesehenen **Zertifizierung nach KTQ®**. Es ergab sich ein relativ hoher Standard bei der Gewährleistung der Qualität im täglichen Behandlungsprozess. Lücken traten auf bei der Dokumentation der Prozesse und im Bereich der Mitarbeiterorientierung, so dass in einem Prozess verschiedenste Projekte der Qualitätssicherung begonnen und durchgeführt wurden (siehe Abschnitt F), um in 2005 einen Stand zu erreichen, der die erfolgreiche Zertifizierung nach KTQ® erlaubt.

Seit über 10 Jahren führen die bettenführenden Abteilungen des Hauses interne Komplikationsstatistiken, die auf monatlichen, abteilungsübergreifenden Komplikationskonferenzen vorgestellt werden. Dieses Verfahren führt zu einer erheblichen Transparenz innerhalb des Hauses und bildet den Anreiz für kontinuierliche Verbesserungen der Behandlungsqualität. Diese ist erkennbar, wenn der jeweilige Wert für das aktuelle Jahr unter dem Durchschnitt der Vorjahre liegt.

2. Die **Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie** überwacht ihre Komplikationsrate hinsichtlich der Eingriffe (oberer Tabellenteil) und der allgemeinen Komplikationen, bezogen auf die Zahl der stationären Fälle (unterer Tabellenteil). Auch hier kann für 2004 in fast allen Parametern ein deutliches Unterschreiten des langjährigen Mittels und damit eine weitere Qualitätssteigerung verzeichnet werden.

Parameter	Werte Abteilung 2004		Kumulierte Werte der Abteilung 1995-2004	
	Absolut	In Prozent	Absolut	In Prozent
Anzahl Operationen	4125	100,00	35836	100,00
Nervenschäden	17	0,41	207	0,58
Gefäßverletzungen	2	0,05	8	0,02
akute Nachblutungen	4	0,10	42	0,12
Hämatome	10	0,24	90	0,25
Hautweichteilnekrosen	12	0,29	137	0,38
Hautweichteilinfekte	2	0,05	60	0,17
Bohrlochinfecte	0	0,00	49	0,14
Plattenlager-/Knocheninfekt	2	0,05	12	0,03
Gelenkinfectionen	2	0,05	20	0,06
Abszessbildungen	0	0,00	5	0,01
intraoperative Frakturen	5	0,12	51	0,14
Fragmentdislokationen	6	0,15	86	0,24
Implantatdislokationen	7	0,17	58	0,16
Materialbrüche	3	0,07	16	0,04
postoperative Frakturen	4	0,10	22	0,06
Luxation oder Subluxation	5	0,12	34	0,09
Dekubitus/Druckgeschwür	1	0,02	24	0,07
Sonstige	6	0,15	109	0,30
<i>Gesamt lokal</i>	<i>88</i>	<i>2,13</i>	<i>1030</i>	<i>2,87</i>



Parameter	Werte Abteilung 2004		Kumulierte Werte der Abteilung 1995-2004	
	Absolut	In Prozent	Absolut	In Prozent
Zahl der stationären Fälle	4859	100,00	41829	100,00
Sepsis	1	0,02	9	0,02
Lungenembolien	4	0,08	72	0,17
Phlebothrombosen	31	0,64	276	0,66
cerebrale Störungen	2	0,04	17	0,04
kardiale Komplikationen	0	0,00	21	0,05
pulmonale Probleme	0	0,00	17	0,04
abdominale Störungen	7	0,14	57	0,14
urologische Komplikation	0	0,00	13	0,03
sonstige	1	0,02	24	0,06
<i>gesamt allgemein</i>	<i>46</i>	<i>0,95</i>	<i>506</i>	<i>1,21</i>

Für die spezielle Gruppe der Polytraumen (Mehrfachverletzte, z.B. nach schwersten Autounfällen) nimmt die Abteilung am externen Qualitätsvergleich der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), dem Traumregister der „Arbeitsgemeinschaft Polytrauma“ der DGU teil. Im Folgenden einige Ergebnisse der 86 in 2004 an die DGU gemeldeten Fälle, von denen 56 im Krankenhaus primär versorgt wurden:

Parameter (Durchschnitt je Fall, Anteil der Fälle an Gesamtzahl)	Krankenhaus	DGU-Durchschnitt
Liegedauer (hier BG-Fälle mit Reha)	46,6 Tage	22,1 Tage
Verweildauer Intensivstation	10,8 Tage	10,3 Tage
Dauer der Intubation/Beatmung	7,2 Tage	8,7 Tage
Verlegung in andere Krankenhäuser	22%	24%
Sterblichkeitsrate	10%	16%
Sterblichkeitsrate in den ersten 24 h	6%	7%
Patienten unter Schock bei Aufnahme	18%	18%
Patienten bewusstlos bei Aufnahme	37%	27%
Organversagen bei Aufnahme	33%	40%
Operation/en durchgeführt	80%	74%
Intensivbehandlung	97%	86%
Beatmung erforderlich	88%	71%
Computertomografie durchgeführt	83%	73%

3. Die interne Komplikationsstatistik der **Abteilung für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie** weist für 2004 eine Gesamtkomplikationsrate, inklusive kleiner lokaler Infektionen und von Fällen mit Begleiterkrankungen von 1,96% auf und liegt damit deutlich unter dem Zehnjahresmittel von 3,23%.

4. In der **Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin** erfolgt eine Selbstüberwachung bei der Durchführung der Anästhesien:

Parameter	Werte Abteilung 2004		Kumulierte Werte der Abteilung 1995-2004	
	Absolut	In Prozent	Absolut	In Prozent
Zahl der Anästhesien	6687	100,0	62896	100,0
Intubationsnarkose	5645	84,4	47.408	75,4
Maskennarkose	219	3,3	1883	3,0
Regionalanästhesie	486	7,3	8623	13,7
Intravenöse und sonstige	337	5,0	4982	7,9
Komplikation bei Intubation	4	0,78	626	1,33
Übelkeit/Erbrechen	97	1,5	513	0,82
Hautrötung, allerg. Reaktion	25	0,37	370	0,59
Mehrfachpunktion Reg.Anäst.	22	*4,5	473	*5,48
Mehrfachpunktion Gefäße	21	0,3	225	0,36
Gerätestörung	27	0,4	365	0,58

* bezieht sich nur auf die Zahl der Regionalanästhesien

Die große Erfahrung der Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Rettungsmedizin führt im 10-Jahres-Durchschnitt zu folgenden Wahrscheinlichkeiten bei bestimmten, nie vollständig auszuschließenden Komplikationen, wobei als Komplikation auch zu verstehen ist, wenn sie aufgrund einer Vorschädigung, z.B. an den Zähnen auftritt:

Beschädigung von Zähnen: 1: 1450

Beschädigung von Nerven: 1:15724

Luftaustritt in den Brustkorb: 1: 6988

Beschädigung der Haut: 1: 3145

5. Die **Abteilung für Neurochirurgie** führt die interne Komplikationsstatistik getrennt nach Fällen und Eingriffen:

Parameter	Werte Abteilung 2004		Kumulierte Werte der Abteilung 1995-2004	
	Absolut	In Prozent	Absolut	In Prozent
Zahl der Eingriffe	751	100,0	6801	100,0
Wundheilungsstörungen	2	0,2	32	0,5
Nachblutung, Hämatom	2	0,2	46	0,4
Bandscheibenentzündung	1	0,1	8	0,1
Nervenwasserfistel	3	0,4	22	0,3
Sonstige	4	0,5	62	0,9
<i>Gesamt lokal</i>	<i>12</i>	<i>1,6</i>	<i>172</i>	<i>2,5</i>
Zahl der stationären Fälle	855	100,0	8002	100,0
Thrombosen/Embolien	3	0,3	15	0,2
Infektion ORSA	0	0,0	6	0,08
Sepsis	0	0,0	3	0,04
Sonstige	1	0,1	37	0,5
<i>Gesamt allgemein</i>	<i>4</i>	<i>0,5</i>	<i>61</i>	<i>0,76</i>



6. Der **Pflegedienst** nimmt an dem Qualitätssicherungsverfahren „Dekubitusinzidenz in der stationären Pflege“ der Arbeitsgemeinschaft Externe Qualitätssicherung Hamburg (EQS) seit Januar 2001 teil. Die Qualitätsindikatoren und Ergebnisse aus 2004 sind im Abschnitt E3 dargestellt. Die Dekubitusneuentstehungsrate lag in unserem Krankenhaus bei 0,5 %. Vergleichsweise mit allen Hamburger Krankenhäusern 0,3 % niedriger. Jede Station erhielt die jeweilige Auswertung ihrer Station vor dem Hintergrund des Gesamtergebnisses des BUKH und kann so gezielt ihre Verbesserungspotentiale auf Stationsebene für die noch bessere Patientenversorgung nutzen.
7. Um beabsichtigte Maßnahmen zur **Prävention** und **Gesundheitsfürsorge** im Pflegedienst, der traditionell eine hohe körperliche Beanspruchung der Beschäftigten zu verzeichnen hat, planen zu können, wurde im Jahr 2000 eine Mitarbeiterbefragung des Pflegepersonals zur Arbeits-, Belastungs- und Gesundheitssituation in Zusammenarbeit mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, durchgeführt. Nach Durchführung zahlreicher Maßnahmen, für die der Klinik 2001 der **Hamburger Gesundheitspreis** verliehen wurde, ist die Befragung in 2004 wiederholt worden. Insgesamt wurden bei der ersten Befragung 600, bei der zweiten 581 Pflegekräfte angeschrieben, die Rücklaufquote betrug 67,7 % bzw. 61,3 %. Auf Informationsveranstaltungen hatten die Pflegemitarbeiter Gelegenheit, sich über die Ergebnisse der Befragung informieren zu lassen sowie Fragen zu stellen. Darüber hinaus wurden die wesentlichen Ergebnisse ins Intranet gestellt.

Ihre Gesundheitssituation bezeichnen heute 87,4 % der Befragten mit gut, im Vergleich zu 79 % in 2000. Neben der Teilnahme am **Ergonomietraining** (sich bewegen – Bewegen von Patienten) hat dazu auch beigetragen, dass inzwischen fast 60 % (44,3%) der befragten Pflegekräfte regelmäßig Sport treiben und nur noch 38,4 % (44,5 %) zur Zigarette greifen. Aktuelle Schmerzen im Bewegungsapparat bringen 2004 nur noch 35,1 % (41,2%) der Befragten mit den körperlichen Belastungen aus der Pflege Tätigkeit in Verbindung.

Teamentwicklungsmaßnahmen und Supervision haben dazu beigetragen, dass störende Konflikte deutlich abgenommen, die Unterstützung seitens der Vorgesetzten und Kollegen verstärkt wahrgenommen wird und die Zusammenarbeit im Pflegeteam noch einmal positiver bewertet wird als 2000. Anspannung, Schlafstörungen und starke Müdigkeit nach der Arbeit werden von den Befragten im Vergleich zu 2000 seltener empfunden.

So wundert es nicht, dass heute 43,2 % (35,7 %) der Befragten bereit sind, sich sehr viel Mühe zu geben, um dazu beizutragen, dass das Krankenhaus erfolgreich ist.

Die Pflegedienstleitung interpretiert die Ergebnisse grundsätzlich wie folgt:

1. das Managementhandeln in der Pflege hat sich durch Personalrekrutierung und Personalentwicklung stetig verbessert,
2. die Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben relativ schnell und wirksam gegriffen,
3. in Krisensituationen, z.B. Krise im Gesundheitswesen, werden bekanntermaßen positive Energien freigesetzt.

Im Folgenden einige ausgewählte Parameter im Detail:

Ausgewählte Parameter		2000	2004
Würden Sie Ihren Gesundheitszustand als gut bezeichnen?	nein	21,0 %	12,6 %
	ja	79,0 %	87,4 %
Treiben Sie Sport?	nein	55,7 %	41,1 %
	ja	44,3 %	58,9 %
Rauchen Sie?	nein	55,5 %	61,6 %
	Ja	44,5 %	38,4 %
Sind Sie häufig angespannt oder nervös?	nein	56,1 %	66,0 %
	Ja	43,9 %	34,0 %
Haben Sie regelmäßig Schlafstörungen?	nein	60,7 %	66,2 %
	ja	39,3 %	33,8 %
Fühlen Sie sich häufig nach der Arbeit sehr müde?	nein	34,1 %	38,6 %
	ja	65,9 %	61,4 %
Haben Sie heute Schmerzen, die Ihre Gesundheit beeinträchtigen?	nein	62,2 %	63,8 %
	ja	37,8 %	36,2 %
Während der letzten 12 Monate Beschwerden in der Schulterregion?	nein	44,6 %	39,8 %
	ja	55,4 %	60,2 %
Hatten Sie in den letzten 12 Monate Beschwerden im oberen Rücken?	nein	64,1 %	65,7 %
	ja	35,9 %	34,3 %
Hatten Sie in den letzten 12 Monate Beschwerden im unteren Rücken?	nein	29,0 %	32,5 %
	ja	71,0 %	67,5 %

		2000	2004
Ich fühle mich von der Arbeit ausgebrannt?	völlig unzutreffend	21,2 %	26,9 %
	weitgehend zutreffend	22,0 %	24,3 %
	eher unzutreffend	19,0 %	19,1 %
	weder noch bzw. weiß nicht	9,9 %	6,6 %
	eher zutreffend	14,2 %	11,6 %
	weitgehend zutreffend	7,6 %	7,2 %
	völlig zutreffend	6,1 %	4,3 %
Wie interessiert sich die Geschäftsführung für die Gesundheit und das Wohlergehen der Belegschaft?	sehr selten oder nie	33,1 %	24,3 %
	ziemlich selten	30,4 %	30,7 %
	manchmal	23,6 %	28,7 %
	ziemlich oft	10,6 %	14,0 %
	sehr oft oder immer	2,3 %	2,3 %

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

Leistungen, die derzeit der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V unterliegen, werden nur in der Abteilung für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie erbracht. Neben den ärztlichen Leistungen werden hier auf Landesebene auch die Pflegeleistungen in Bezug auf Dekubitus erhoben.

- Hüftendoprothesen- Erstimplantationen:

Alle erfassten Qualitätsindikatoren liegen im Referenzbereich (Bereich für gute Qualität als sogenannter Unauffälligkeitsbereich), z.B. bei folgenden möglichen intraoperativen Komplikationen:

Gefäßschäden:	0,0 %	Referenzbereich: <= 1 %
Nervenschäden	0,0 %	Referenzbereich: <= 3 %
Frakturen:	0,0 %	Referenzbereich: <= 4 %
Dekubitusneubildung	0,0 %	Landeswert: 0,8 %

- Hüft- Totalendoprothesenwechsel:

Die erfassten Qualitätsindikatoren für intra- oder postoperative Komplikationen liegen allesamt im Referenzbereich und weisen teilweise deutlich niedrigere Komplikationsquoten aus als das Landesniveau, z. B. bei folgenden Parametern:

Implantatfehlage	0,0 %	Landesniveau: 0,7 %
Fraktur	0,0 %	Landesniveau: 0,7 %
Prothesenluxation	0,0 %	Landesniveau: 2,3 %
postoperative Wundinfektion	0,0 %	Landesniveau: 0,9 %
Nachblutungen	0,0 %	Landesniveau: 0,7 %
allg. Komplikationen, z.B. Thrombosen	0,0 %	Landesniveau: 10,6 %
Gefähigkeit bei Entlassung	100 %	Landesniveau: 96,3 %
Dekubitusneubildung	0,0 %	Landesniveau: 1,2 %

- Schenkelhalsfraktur:

Auch die hier erfassten Qualitätsindikatoren weisen die durchweg gute Versorgungsqualität der hüftgelenknahen Frakturen nach:

Anteil gelenkerhaltender osteosynthetischer Versorgungen an Patienten jünger als 65 Jahre	66,7 %	Referenzbereich: >= 36,4 %
Anteil gehfähiger Patienten bei Entlassung	95,5 %	Referenzbereich: >= 59,4 %
Selbstständigkeit in der hygienischen Ver-	100,0 %	Referenzbereich: >= 43,5 %
Nachblutungen	0,0 %	Referenzbereich: <= 13,5 %
Postoperative Wundinfektionen	0,0 %	Referenzbereich: <= 5 %
allg. Komplikationen, z.B. Thrombosen	0,0 %	Referenzbereich: <= 34,6 %
Dekubitusneubildung	1,9 %	Landesniveau: 2,2 %

- Pertrochantäre Frakturen:

Implantatfehlage	0,0 %	Landesniveau: 0,5 %
Gefäßschäden	0,0 %	Referenzbereich: <= 1 %
Nervenschäden	0,0 %	Referenzbereich: <= 5 %
Selbstständigkeit in der hygienischen Ver-	83,3 %	Referenzbereich: >= 37,8 %

- Dekubitus gesamt mit Langliegern und Problemfällen (z.B. Querschnittgelähmte):

Neuentstehungsrate	0,5 %	Landesniveau:	0,8 %
Aufnahme mit, Entlassung ohne Dekubitus	0,9 %	Landesniveau:	1,6 %
Aufnahme und Entlassung ohne Dekubitus	96,4 %	Landesniveau:	95,3 %



F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

1. Zentrales Projekt des Qualitätsmanagements im Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg im Berichtszeitraum war der Beginn des **Zertifizierungsverfahrens bei der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, (KTQ[®])**. Projektstart war im Mai 2004. Nach einem Auftrag durch den Lenkungsausschuss für Qualitätsmanagement auf der Grundlage von Vorarbeiten der Stabsstelle Qualitätssicherung bildete sich ein Projektmanagementteam, bestehend aus dem Arzt und dem Diplom-Pflegewirt aus der Stabsstelle Qualitätssicherung und den Abteilungsleitern Personal und Patientenadministration aus der Verwaltung.

Für die Selbstbewertung nach KTQ[®] wurde ein Verfahren mit breiter Mitarbeiterbeteiligung gewählt, indem 12 Arbeitsgruppen die 6 Bereiche des Zertifizierungsverfahrens bearbeiteten. Für die Bereiche 3-6 (Sicherheit, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement) gab es jeweils eine Arbeitsgruppe, im zentralen Bereich 1 – Patientenorientierung- wurden 4 Arbeitsgruppen gebildet, gegliedert nach Fachdisziplinen des Hauses. Im Bereich 2 –Mitarbeiterorientierung- wurden ebenfalls vier Arbeitsgruppen gebildet, gegliedert nach Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Verwaltung und medizinische Assistenzberufe). Die Gruppen setzten sich aus 4 - 10 Mitarbeitern verschiedenster Bereiche zusammen. Neben den jeweiligen Spezialisten waren das vor allem Freiwillige, die sich zur Mitarbeit bereit erklärt hatten. Jede Gruppe hat den jeweiligen Fragenkatalog in 8 – 12 Sitzungen im Zeitraum September bis Anfang Dezember komplett bearbeitet. Im Projektmanagementteam wurden die Berichte der Projektgruppen in einem vorläufigen Bewertungsbericht zusammengefasst und ausgewertet. Auf dieser Basis wurden dem Lenkungsausschuss Projekte vorgeschlagen, mit denen in 2005 vor allem die Dokumentation der Qualitätssicherungsmaßnahmen verbessert und einzelne, noch nicht erschlossene Potentiale im Qualitätsbereich gehoben werden sollen. Hierüber wird im Folgebericht zu informieren sein.

Sowohl zum Auftakt der Selbstbewertung als auch in den Folgeschritten wurden die Mitarbeiter des Hauses über den Fortgang informiert, in Form von Informationsveranstaltungen und schriftlichen Mitteilungen über das Intranet, als Rundschreiben sowie als Aushänge.

2. Im Bereich der Neurologie und Neurochirurgie (Neurotraumatologie) wurde im Berichtszeitraum ein Verfahren zur **Zertifizierung unserer medizinisch-beruflichen Rehabilitation** (Phase 2B nach der Empfehlung zur neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten Hirnschädigungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation - BAR) beim Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften begonnen. Das Ziel bestand in der Abrundung des Behandlungsangebotes, um eine medizinisch-berufliche Rehabilitation aus einer Hand zu gewährleisten, was zu einer Verkürzung der Rehabilitationsdauer im Interesse sowohl der Patienten als auch der Kostenträger führt. Das Zertifizierungsverfahren wurde in 2005 erfolgreich abgeschlossen. Auf der Basis eines Anfangskonzeptes, welches mit Hilfe fachkundiger externer Beratung erstellt wurde, ist ein Umsetzungsprozess unter Leitung der Krankenhausreferentin mit Beteiligung folgender Bereiche und Berufsgruppen in Gang gesetzt worden: Neurologie, Neurochirurgie, Pflegedienst, Ergotherapie, Physiotherapie, Klinische Belastungserprobungen, Psychologische Psychotherapie und Krankenhaussozialdienst/Berufshilfe. Mittels Arbeitsgruppen wurden die Anforderungen sowie notwendige Anpassungen bei Ausstattung und Struktur ermittelt und die Behandlungskonzepte erar-

beitet. Die Ergotherapie wurde in der Folge durch einen Bereich ‚Arbeits therapie‘ ergänzt. Am Ende stand die Ausarbeitung eines Behandlungskonzeptes, mit dem Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften die Zertifizierung beantragt wurde.

3. Die Abteilung für Hand-, Plastische und Mikrochirurgie ist zur Zeit aktiver Teilnehmer an einer auf mehrere Jahre angelegten **Multicenter-Studie zur operativen Behandlung der degenerativen Daumensattelgelenks-Arthrose** (CM-I) gemeinsam mit Abteilungen aus anderen Krankenhäusern, die alle in einem regelmäßigen Informationsaustausch stehen.

4. Im Pflegedienst wurde anhand des Modellprojektes des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) der **Expertenstandard Dekubitusprophylaxe** in der Pflege im Querschnittgelähmtenzentrum (QZ) eingeführt. Dazu wurde zunächst eine Arbeitsgruppe gebildet, welche die Arbeitsergebnisse diskutierte und den Expertenstandard anpasste. Für die Einführung des Expertenstandards wurden Multiplikatoren qualifiziert zur pflegerischen Fachkraft für Dekubitusversorgung mit dem Ziel, alle Pflegekräfte zu informieren, Grundkenntnisse aufzufrischen und fortzubilden, so dass die Umsetzung ab 01. Januar 2005 erfolgen konnte.

Um den Verlust der für fachliche Verrichtungen und menschliche Zuwendung wertvollen Zeit durch Aufwand für Dokumentation zu reduzieren, wurde gemeinsam mit dem Softwarepartner des Hauses eine **EDV-gestützte Pflegeplanung und Dokumentation** (PPD-Modul) entwickelt und mit der Einführung begonnen. Ziel war, dass mit der Software eine gute Behandlungsplanung, Dokumentation und Fallsteuerung bei gleichzeitiger Berücksichtigung der verschiedenartigen pflegfachlichen Anforderungen z.B. bei Brandverletzung, Querschnittlähmung, Schwer-Schädelhirnverletzung oder Rehabilitation gewährleisten kann. Grundlage bildete das Boberger Pflegemodell auf der Basis der Theorien von Monika Krohwinkel (Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen des Lebens [BAEDL]) und Messinstrumenten zur Ergebnisüberprüfung der Behandlung (Functional Independence Measure, Boberger Qualitätsscore). Die Entwicklung der Software wurde durch eine Arbeitsgruppe des Pflegedienstes begleitet, nach einer Schulung nutzten 2004 sechs von achtzehn Stationen PPD, für die restlichen Stationen steht die Einführung in 2005 / 2006 bevor.

5. Einen hohen Stellenwert in der Qualitätssicherung nimmt der Ausbau des Risikomanagements ein. **Risikomanagement** hat nicht nur mit der inzwischen gesetzlich verankerten Beweislastumkehr bei Arztfehlern zu tun, sondern auch mit der ökonomisch schwierigen Umbruchsituation der „Gesundheitswirtschaft“. Das Risiko der Organisationsfehler steigt überdies mit der Zunahme von Schnittstellen zwischen einzelnen Bereichen, z.B. durch Kooperation. Auch das Risiko falscher wirtschaftlicher Entscheidungen ist nicht gering. Maßnahmen zur Risikominimierung im haftungsrechtlichen Bereich und zur Vermeidung falscher wirtschaftlicher Entscheidungen sind für den Krankenhausbetrieb aus ökonomischer Sicht unabdingbar. Zunehmende Bedeutung haben die risikominimierenden Maßnahmen aber auch für die Qualitätssicherung im Interesse der Patienten und Kostenträger. Das BUK Hamburg baut daher sein Risikomanagement konsequent aus. Risikoanalysen und Risikochecks sind die wesentlichen Elemente dieses Managements, z.B.

- in der medizinischen Dokumentation (lückenlose, nachvollziehbare Dokumentation),
- beim geregelten Informationsfluss (Absprachen, Kommunikation, Arbeitsteilung),
- unter organisatorischen Aspekten (z.B. Sicherstellung des Facharztstandards und von Konsiliararztdiensten),



- bei der Brandverhütung und
- und in der Hygiene-Qualität.

6. Im Querschnittgelähmten-Zentrum als Modelleinrichtung der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurden die letzten Planungen für das Projekt `Boberger Qualitätsscore` abgeschlossen. Der **Boberger Qualitätsscore** soll ein Messinstrument werden, das die Qualität der im Querschnittgelähmten-Zentrum geleisteten Arbeit nachweist, er soll nicht nur medizinische Daten erfassen, sondern darüber hinaus Fragen der Mobilität, Motivation, der sozialen und beruflichen Integration berücksichtigen. Damit wird er dem Anspruch des ganzheitlichen Behandlungsansatzes in der gesetzlichen Unfallversicherung gerecht.

Die vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften geförderte Studie wird gemeinsam mit der Universität Hamburg durchgeführt, so dass ihre Qualität auch hinsichtlich statistischer und sozialmedizinischer Fragestellungen garantiert ist. Der praktische Teil der Beobachtungsstudie, die einen Zeitraum von fast vier Jahren umfassen wird, beginnt im Januar 2005. In die Studie fließen jährlich etwa 150 Patienten ein, die zu einer Erstbehandlung aufgenommen werden. Dies entspricht etwa 10 % aller Erstbehandlungen in deutschen Zentren. Zu bestimmten Zeitpunkten am Beginn, während, und zum Ende der Behandlung wird mit den Patienten ein Fragenkatalog zur Einschätzung der eigenen Situation bearbeitet. Abhängig vom Ausmaß der Lähmung kann dies sehr aufwendig sein. Gleichzeitig erfolgt die Dokumentation tatsächlich erreichter Fähigkeiten und Fertigkeiten durch die behandelnden Mitarbeiter. Ein Computerprogramm, das speziell für diese Fragestellung entwickelt worden ist, wertet die anonym erhobenen Daten später aus. Die Darstellung erster Studienergebnisse wird im Oktober 2006 im Rahmen der Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie erfolgen.

Das Querschnittgelähmten-Zentrum Hamburg ist Teilnehmer an dem **Europäischen Multicenter-Projekt (EM-SCI)**. Basierend auf den Ergebnissen dieses Projektes sollen neben der Beurteilung neuer Therapieansätze die Entwicklung gemeinsamer Standards und eines Qualitätsmanagements erfolgen.

G Weitergehende Informationen

Verantwortlicher für den Qualitätsbericht

Leiter Patientenadministration Dipl.-Kfm. B. Herrmann Tel. 040/7306-1224

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Ärztlicher Direktor Prof. Dr. med. Jürgens Tel. 040/7306-2701

Verwaltungsdirektor Hr. Langmaack Tel. 040/7306-1240

Pflegedirektorin Fr. Weßling Tel. 040/7306-2334

Leiter Stabsstelle Qualitätsmanagement Dr. Jessel Tel. 040/7306-1774

Öffentlichkeitsarb., KH-Referentin Fr. Spiel Tel. 040/7306-1302

Patientenfürsprecherinnen Fr. Krug Tel. 040/7306-1279

Fr. Pipenbrinck Tel. 040/7306-1279

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

- Homepage der Klinik: <http://www.buk-hamburg.de/we4it/cms/we4itcms.nsf>
- HVBG – Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften:
<http://www.hvbg.de/d/pages/index.html>
- Denkschriften des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften
(Bestelladresse): <http://www.hvbg.de/d/pages/service/publik/bestell/reha/>
- BG-Klinken: http://www.hvbg.de/d/bg_kliniken/index.html