



St. Antonius Krankenhaus
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln

Qualitätsbericht 2020

St. Antonius Krankenhaus

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V
über das Berichtsjahr 2020

Einfach da sein



WIESO CERT

ZERTIFIKAT

Die Zertifizierungsstelle WIESO CERT GmbH bescheinigt, dass das Unternehmen

St. Antonius Krankenhaus
Gesundheitszentrum Köln-Süd
Schillerstraße 23
50968 Köln

ein Qualitätsmanagementsystem eingeführt hat und dieses wirksam anwendet.

Geltungsbereich:
Ambulante, stationäre, vor- und nachstationäre sowie teilstationäre Krankenhausbehandlung und Kurzzeitpflege, Kardio-Diabetes Zentrum, EndoProthetikZentrum und Lokales Traumazentrum

Durch das Qualitätsaudit der WIESO CERT GmbH wurde der Nachweis erbracht, dass dieses Qualitätsmanagementsystem die Forderungen der folgenden Norm erfüllt:

DIN EN ISO 9001 : 2015

Auditschicht-Nr.: 91-2017-200
Zertifizierungs-Registrier-Nr.: 91-12-2017-10-060
Zertifizierungsdatum: 22.07.2018 bis 21.07.2022
Zertifiziert seit: Juli 2010

B. Gellong
Köln, dem 12.07.2019

WIESO CERT GmbH
Hauptstraße 1
51105 Köln
Tel: +49 (0) 221 200 200
Fax: +49 (0) 221 200 200
www.wieso-cert.de

QMKD-Zertifikat BVKD Zertifikat

Der Bundesverband Klinischer Diabetes-Einrichtungen e.V. (BVKD e.V.)

bescheinigt dem

St. Antonius Krankenhaus, Gesundheitszentrum Köln-Süd
Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum Köln
Schillerstraße 23, 50968 Köln

das QMKD-Zertifikat Qualitätsmanagement Klinischer Diabetes Einrichtungen auf der Basis der QMKD-DIN EN ISO 9001:2015

Mit dem Begriffsgebrauch Nr. 2018-01 wurde nachgewiesen, dass das Qualitätsmanagementsystem für Diabetes-Einstellung in besonderer Weise den Kriterien des QMKD-Verfahrens entspricht.

Das QMKD-DIN EN ISO-Audit wurde vom BVKD/Fachexperten zusammen mit einem Auditor der WIESO CERT GmbH, Köln, durchgeführt.

Gültigkeitsdauer: 18.11.2022
Registrier-Nr.: Nr. 7318-141
Datum der Ausstellung: 11.12.2019

Thomas Wimmer 1. Vorsitzender des BVKD e.V.
Karin Oetzel 2. Vorsitzende des BVKD e.V.

endoCert

ZERTIFIKAT

Auf Grundlage der Zertifizierungsentscheidung vom 07.12.2017 bescheinigt die ClarCert GmbH, dass das

EndoProthetikZentrum
St. Antonius Krankenhaus Köln-Süd
Hilke für Unfall-, Neuro- und Orthopädische Chirurgie
Schillerstraße 23, 50968 Köln

in Verbindung mit der Orthopädischen Praxis, OCK, Dönner Straße 199-203, 50981 Köln

als EndoProthetikZentrum die Vorgaben der Initiative EndoCert® zur Zertifizierung eines EndoProthetikZentrums als qualitätsorientierte Maßnahme im Bereich der endoprothetischen Versorgung erfüllt.

Gültigkeitsdauer: 13.08.2021
Registrierungsnummer: EPZ-212
Datum der Ausstellung: 08.02.2018
Erneuerungstermin: November 2018

Neu-Um, dem 08.02.2018

Dr. med. J. K. Gallwitz
Dr. med. K.-D. Paltzsch

ClarCert GmbH | Schillerstraße 24 | D-40231 Neuss-Ulm

DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Urkunde

St. Antonius Krankenhaus Köln
Diabetesambulanz
Schillerstraße 23
50968 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft als

„Ambulante Fußbehandlungseinrichtung“

durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt die Bezeichnung bis zum 24.05.2020 zu führen.

28.03.2018

Dirk Müller-Wieland Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Präsident
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Ralf Löbmann Prof. Dr. med. Ralf Löbmann
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
Diabetischer Fuß

DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Urkunde

St. Antonius Krankenhaus Köln
Innere Medizin/Diabetologie
Schillerstraße 23
50968 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft als

„Stationäre Fußbehandlungseinrichtung“

durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt die Bezeichnung bis zum 24.05.2020 zu führen.

28.03.2018

Dirk Müller-Wieland Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland
Präsident
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Ralf Löbmann Prof. Dr. med. Ralf Löbmann
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
Diabetischer Fuß

DDG
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Urkunde

St. Antonius Krankenhaus Köln
Medizinische Klinik
Kardio-Diabetes Zentrum Köln
Schillerstraße 23
50968 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft als

Stationäre Behandlungseinrichtung für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes
Zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG mit diabetologischem Qualitätsmanagement

durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt die Bezeichnung vom 20.11.2016 bis zum 19.11.2019 zu führen.

03.01.2017

Baptist Gallwitz Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz
Präsident der Deutschen Diabetes Gesellschaft

K.-D. Paltzsch Prof. Dr. med. K.-D. Paltzsch
Vorsitzender des Arbeitskreises
Qualitätsicherung, Schulung
und Weiterbildung

TraumaNetzwerk DGU®

BESCHEINIGUNG

Die Zertifizierungsstelle CERT Q GmbH bescheinigt, dass das

St. Antonius Krankenhauses Köln
Schillerstraße 23
50968 Köln

als

Regionales TraumaZentrum

die Erfüllung der Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) an die Behandlung von Schwerverletzten im Zuge der Realisierung erneut nachgewiesen hat.

Rechtsnummer: RK-CERT-2015-3985-21-UP-02
Bescheinigungsnummer: CERT 2019 3939
Bescheinigung gültig bis: 14.11.2022

Traum, dem 24.04.2020

P. Heber

Leiter der Zertifizierungsstelle
CERT Q - Zertifizierungsstelle für Qualitätssicherung GmbH
Carolo-Weißhof-Str. 5
50974 Köln
www.cert-q.de

CERT Q
Zertifizierungsstelle für Qualitätssicherung GmbH

DHG Deutsche Herziologen-Gesellschaft

SIEGEL

QUALITÄTS
GESICHERTES
HERNIEN
CHIRURGIE

Sankt Antonius Krankenhaus Köln
Prof. Dr. med. Jan Brabender

Ausstellungsdatum: 09.07.2015

Jan Brabender Präsident DHG
Professor Dr. D. Rieger

Christoph Herberich Sekretär DHG
Professor Dr. J. G. Caste

Christoph Herberich Geschäftsführer Herberich
Professor Dr. F. Hübner

DHG **CERNIMED**

Bronze Zertifikat

„St. Antonius Krankenhaus“

Das Krankenhaus hat im Rahmen der „Aktion Saubere Hände“ erfolgreich Maßnahmen und Qualitätsstandards zur Verbesserung der Händedesinfektion umgesetzt.

Gültigkeit des Zertifikates 2019 und 2020

Berlin, 31.07.2019

Petra Gastmeier Prof. Dr. Petra Gastmeier
Institut für Hygiene und Umweltmedizin
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgstr. 27, 10119 Berlin

Aktion Saubere Hände

Vorwort

Die Stiftung der Cellitinnen e.V. gründet sich auf dem karitativen Engagement von Ordensschwestern. Im Januar 2001 zogen sich die Ordensschwestern der Genossenschaft der Cellitinnen nach der Regel des hl. Augustinus Köln, Severinstraße, aus den Leitungsgremien der Trägerschaft ihrer Krankenhäuser und Altenheime zurück und übertrugen die Verantwortung an die Stiftung der Cellitinnen e.V. Sie verbanden dies mit dem Auftrag, ihr karitatives Werk der Nächstenliebe im Sinne des „einfach da sein“ – so ihr Leitmotiv - fortzusetzen.

Diesen Auftrag hat die Stiftung auch an ihre Einrichtungen, die fünf Krankenhäuser, zahlreiche Senioreneinrichtungen, die sozialtherapeutischen Wohn- und Betreuungseinrichtungen, die Aus- und Weiterbildungseinrichtungen und die Kindertagesstätte weitergegeben. Zusammen bilden sie eine starke, qualitätsbewusste Gemeinschaft, die Wert darauf legt, ihren karitativen Auftrag mit Leben zu füllen. Eine wesentliche Ausprägung erfährt die Umsetzung des Leitmotivs in den verschiedensten qualitätsfördernden und qualitätssichernden Maßnahmen der Krankenhäuser. Unterschiedliche, den jeweiligen Leistungsspektren angepasste interne und externe Zertifizierungen stellen die Qualität der angewandten Qualitätsmanagementverfahren sicher. Ergänzend dazu hat die Stiftung der Cellitinnen in allen ihren Einrichtungen und speziell auch für die Krankenhäuser Kriterien zur Christlichen Orientierung bei Behandlung und Pflege der sich uns anvertrauenden Menschen erarbeitet und festgelegt.

Diese sollen den Mitarbeitern helfen, die Werte der Christlichen Nächstenliebe in die tägliche Arbeit einzubeziehen und so zu einer Qualität beitragen, die weit über die unmittelbar messbaren Kriterien hinausgeht. Der damit eingeleitete Prozess wird regelmäßig von der Stiftung evaluiert und gemeinsam mit den Einrichtungen weiterentwickelt.

Das heute auch für die Stiftung der Cellitinnen und ihre Einrichtungen geltende Leitmotiv „einfach da sein“ für die kranken, alten oder behinderten Menschen wird so ständig neu herausgefordert und trägt zu einer hohen Qualität bei.

Dieter Kesper
Vorsitzender des Vorstands

Vorwort des Krankenhauses

Wir möchten Ihnen mit diesem Qualitätsbericht einen Einblick in unsere Arbeit und einen Überblick über unser Leistungsspektrum geben. Das St. Antonius Krankenhaus – Gesundheitszentrum Köln-Süd – ist eine Klinik der Grund- und Regelversorgung im Kölner Süden mit den Fachabteilungen

- Medizinischen Klinik
Kardio-Diabetes Zentrum
- Chirurgische Klinik
Allgemein- und Visceralchirurgie
Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie
 - EndoProthetikZentrum
St. Antonius Krankenhaus Köln-Süd
 - Regionales Traumazentrum
St. Antonius Krankenhaus Köln
- Augenheilkunde
- Anästhesie- und Intensivmedizin
- Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 20 Plätzen

Das Krankenhaus steht in Trägerschaft der St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH. Alleiniger Gesellschafter ist die Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln.

Erbaut wurde das ursprüngliche Krankenhaus 1907-1909 im Stil der vergangenen historischen Architektur. Im Juni 1909 ging das mit 150 Krankenbetten projektierte Haus in Betrieb. Heute stehen 222 Betten zur Verfügung und rund 25.000 Patienten werden stationär/ambulant jährlich versorgt.

Spezialisten in vielen Bereichen

Verankert in unserem Leitbild steht für uns der Mensch im Mittelpunkt. Unsere medizinische und pflegerische Behandlung erfolgt durch umfassende und fachübergreifende Betreuung. Wir sind in vielen Fachbereichen spezialisiert. Durch kurze Wege im Haus und überdachte Arbeitsabläufe kooperieren die einzelnen Fachabteilungen eng miteinander und handeln gemeinsam. Auf diese Weise lassen sich sowohl unnötige als auch belastende Doppeluntersuchungen vermeiden. Gleichzeitig werden Diagnose und Therapie optimal aufeinander abgestimmt.

Qualitätssicherung zum Wohl des Patienten

Im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung der Qualitätssicherung verbunden mit ständig steigenden Anforderungen besteht seit Jahren ein Qualitätsmanagement im Haus. Das oberste Ziel ist die Qualität des Krankenhauses zu sichern und ständig zu verbessern.

Rundum gut versorgt auch infolge eines umfangreichen Netzwerks mit niedergelassenen Ärzten. Die High-Tech-Geräteausstattung ermöglicht neben fast jeder ambulanten und stationären Diagnostik auch ein großes Interventions- wie therapeutisches Leistungsspektrum. Außerdem ist es dank der heutigen Technik gegeben, dass schneller Datentransfer - unter Beachtung der Datenschutzrichtlinien - die Begutachtung der Befunde zeitgleich von mehreren Spezialisten zulässt.

Mit Investitionen in Medizin, Pflege und Unterbringung entwickelt sich das Krankenhaus stetig weiter mit dem Ziel, eine modere Medizin in einem patientenorientierten Umfeld anzubieten. Gleichzeitig ist es als konfessionelles Krankenhaus bedeutsam, den seelischen und spirituellen Dimensionen des Krankseins sowie der Gesundung Raum zu geben.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Heidi Jansen, Geschäftsführerin, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.



Abbildung: Foto Haupteingang des Krankenhauses

Inhaltsverzeichnis

3		Vorwort
11	A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
12	A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
13	A-2	Name und Art des Krankenhausträgers
13	A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
14	A-3a	Organisationsstruktur des Krankenhauses
14	A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
14	A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
17	A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses
18	A-7	Aspekte der Barrierefreiheit
18	A-7.1	Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen
18	A-7.2	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit
21	A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses
21	A-8.1	Forschung und akademische Lehre
21	A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen
23	A-8.3	Forschungsschwerpunkte
24	A-9	Anzahl der Betten
24	A-10	Gesamtfallzahlen
24	A-11	Personal des Krankenhauses
24	A-11.1	Ärztinnen und Ärzte
24	A-11.2	Pflegepersonal
26	A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik
26	A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal
28	A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung
28	A-12.1	Qualitätsmanagement
28	A-12.1.1	Verantwortliche Person
28	A-12.1.2	Lenkungsgremium
29	A-12.2	Klinisches Risikomanagement
29	A-12.2.1	Verantwortliche Person
29	A-12.2.2	Lenkungsgremium
29	A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen
30	A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems
31	A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
31	A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte
31	A-12.3.1	Hygienepersonal
32	A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene
32	A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen
32	A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie
33	A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden
33	A-12.3.2.4	Händedesinfektion
34	A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)
34	A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement
35	A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement
36	A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)
36	A-12.5.1	Verantwortliches Gremium

- 36** A-12.5.2 Verantwortliche Person
- 36** A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal
- 37** A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen
- 38** A-13 Besondere apparative Ausstattung
- 38** A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G–BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
- 39** A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe
- 39** A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
- 39** A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung
- 39** A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

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

- 41** B-1 Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum
- 41** B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 41** B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 41** B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 43** B-1.4 [unbesetzt]
- 43** B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 43** B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 45** B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 46** B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 48** B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 48** B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 49** B-1.11 Personelle Ausstattung
- 49** B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 50** B-1.11.2 Pflegepersonal

- 52** B-2 Fachabteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie
- 52** B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 52** B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 52** B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 54** B-2.4 [unbesetzt]
- 54** B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 54** B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 55** B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 57** B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 59** B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 60** B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 60** B-2.11 Personelle Ausstattung
- 60** B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 61** B-2.11.2 Pflegepersonal

- 63** B-3 Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie
- 63** B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

- 63** B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 63** B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 66** B-3.4 [unbesetzt]
- 67** B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 67** B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 68** B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 69** B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 78** B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 80** B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 80** B-3.11 Personelle Ausstattung
 - 80** B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte
 - 81** B-3.11.2 Pflegepersonal

- 83** B-4 Belegarztabteilung Augenheilkunde
- 83** B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 83** B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 84** B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 84** B-4.4 [unbesetzt]
- 84** B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 84** B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 85** B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 85** B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 85** B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 85** B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 85** B-4.11 Personelle Ausstattung
 - 85** B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte
 - 86** B-4.11.2 Pflegepersonal

- 87** B-5 Fachabteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
- 87** B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 87** B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 87** B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 87** B-5.4 [unbesetzt]
- 88** B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 88** B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 88** B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 88** B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 89** B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 89** B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 89** B-5.11 Personelle Ausstattung
 - 89** B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte
 - 90** B-5.11.2 Pflegepersonal

- 92** B-6 Radiologie
- 92** B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

- 92** B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 92** B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 93** B-6.4 [unbesetzt]
- 93** B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 93** B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 93** B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 94** B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 95** B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 95** B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 95** B-6.11 Personelle Ausstattung
 - 95** B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte
 - 95** B-6.11.2 Pflegepersonal

- 96** C Qualitätssicherung
 - 97** C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
 - 97** C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate
 - 98** C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung
 - 128** C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
 - 128** C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
 - 128** C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
 - 128** C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
 - 128** C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr
 - 129** C-5.2 Angaben zum Prognosejahr
 - 129** C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr
 - 129** C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen
 - 129** C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)
 - 129** C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V)
 - 130** C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
 - 130** C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
 - 130** C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr
 - 130** C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG
 - 131** C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

- 132** D Qualitätsmanagement
 - 133** D-1 Qualitätspolitik
 - 134** D-2 Qualitätsziele
 - 136** D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

138	D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements
145	D-5	Qualitätsmanagement-Projekte
146	D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA 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 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 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 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH
Institutionskennzeichen:	260530454
Standortnummer:	771640000
Standortnummer (alt):	00
Straße:	Schillerstrasse 23
PLZ / Ort:	50968 Köln
Adress-Link:	http://www.antonius-koeln.de
Postfach:	510547
PLZ / Ort:	50941 Köln
Telefon:	0221 3793-0
Telefax:	0221 3793-1019
E-Mail:	info@antonius-koeln.de

Ärztliche Leitung

Name:	Prof. Dr. med. Frank M. Baer
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Chefarzt der Medizinischen Klinik und Kardio-Diabetes Zentrum
Telefon:	0221 3793-1531
Telefax:	0221 3793-1539
E-Mail:	baer@antonius-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name:	Klaus Dieter Becker
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Pflegedirektor
Telefon:	0221 3793-1211
Telefax:	0221 3793-1219
E-Mail:	Becker@antonius-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name: Heidi Jansen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 0221 3793-1011
Telefax: 0221 3793-1019
E-Mail: Jansen@antonius-koeln.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH
Art: freigemeinnützig
Internet: www.antonius-koeln.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja
Universität: Universität zu Köln

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

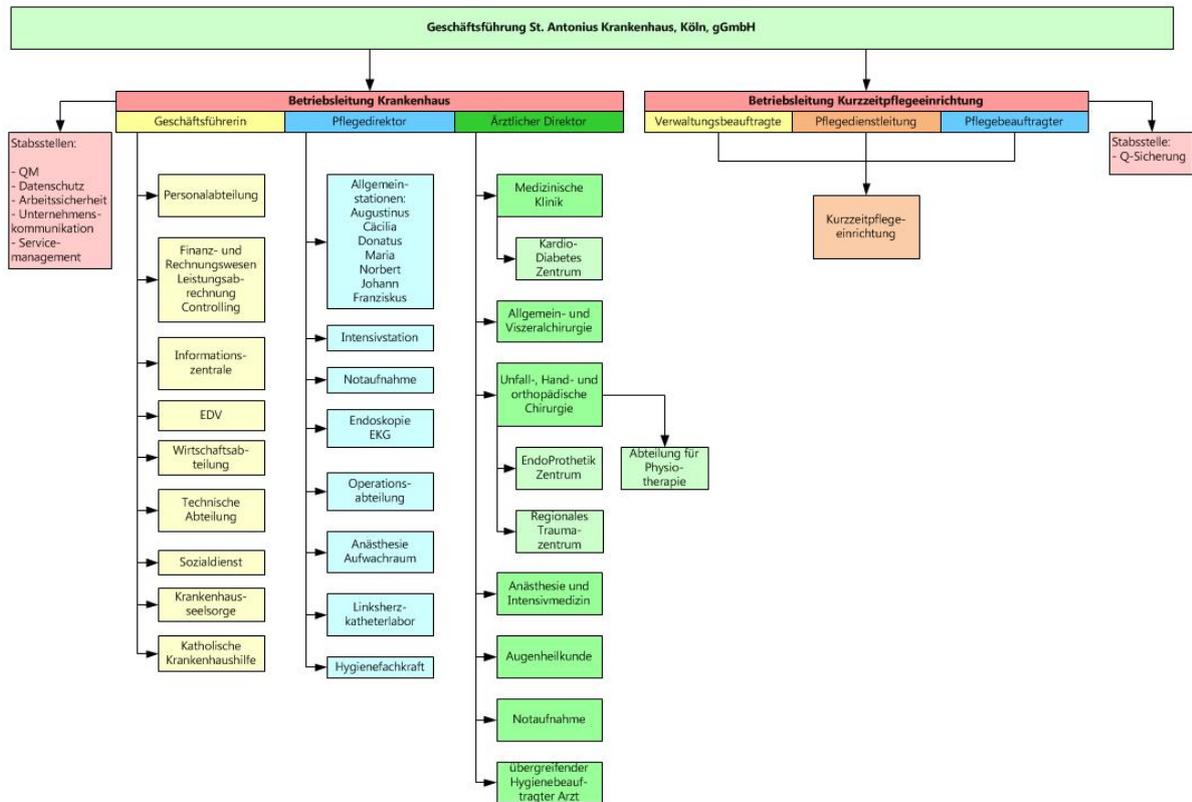


Abbildung: Organigramm des Krankenhauses

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: trifft nicht zu

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP06	Basale Stimulation	geschulte Mitarbeiter im Pflegedienst und in der physiotherapeutischen Abteilung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Pflegekonzept zum Umgang mit Sterbenden und Tod, Sterbe- und Trauerbegleitung, Verabschiedungsraum
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	z. Bsp. funktionelle Bewegungslehre
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	geschulte Mitarbeiter im Pflegebereich und in der physiotherapeutischen Abteilung
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungs- pflege	nationaler Expertenstandard "Entlassmanagement in der Pflege" umgesetzt Umsetzung des Rahmenvertrages zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulen- gymnastik	
MP37	Schmerztherapie/-management	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP63	Sozialdienst	Sozialarbeiter sind in das Entlassmanagement eingebunden, der nationale Expertenstandard "Entlassmanagement in der Pflege" ist umgesetzt.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	Vorträge, Informationsveranstaltungen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	z. Bsp. Beratung zur Sturzprophylaxe und Dekubitusprophylaxe, Anleitung zu pflegerischen Maßnahmen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	z. Bsp. Pflegevisiten, pflegerische Wundvisite, Angehörigen- und Patientenschulung
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	auf Wunsch
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris (Unterschenkelgeschwür), der nationale Expertenstandard "Dekubitusprophylaxe in der Pflege" ist umgesetzt, Einsatz von Vakuumpumpen und Wundabdeckungen zur Wundtherapie, geschultes und zertifiziertes Personal
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	Kurzzeitpflegeeinrichtung mit 20 Plätzen am Hause
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	z. Bsp. Rheumaliga, Gruppentherapie in den Räumen der Abteilung für Physiotherapie

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM02	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer		3 Einzelzimmer in der Intensivstation
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.antonius-koeln.de/patienten-und-besucher/wahlleistungen	
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	https://www.antonius-koeln.de/patienten-und-besucher/wahlleistungen	
NM69	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	https://www.antonius-koeln.de/patienten-und-besucher/wahlleistungen	
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	https://www.antonius-koeln.de/patienten-und-besucher/wahlleistungen	
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	https://www.antonius-koeln.de/ueber-uns/-veranstaltungen	Antonius-Forum Unser Vortragsangebot richtet sich an interessierte Bürgerinnen und Bürger, an Patienten und ihre Angehörigen. Die Teilnahme ist kostenlos. Die Referenten sind Chefarzte und Oberärzte des Krankenhauses und niedergelassene Fachärzte.

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen		
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/ spirituelle Begleitung	https://www.antonius-koeln.de/soziales/seelsorge	Katholische und evangelische Seelsorge sowie regelmäßige Gottesdienste werden angeboten.
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Heidi Jansen
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
 Telefon: 0221 3793-1011
 Telefax: 0221 3793-1019
 E-Mail: jansen@antonius-koeln.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	Teilweise neues Patientenleitsystem

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF33	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Behindertenparkplätze stehen vor dem Haupteingang und im Bereich der Notaufnahme zur Verfügung. Alle Zugänge sind barrierefrei gestaltet.
BF34	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	Die Zugänge zum Krankenhaus sind barrierefrei gestaltet. Der Tresen im Eingangsbereich ist auch für Rollstuhlfahrer und kleiner Menschen geeignet. Die Bedienelemente in den Fahrstühlen sind so angebracht, dass sie für Rollstuhlfahrer und Kleinkindwüchsige gut bedienbar sind.
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung	In folgender Fachabteilung: Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Im Bedarfsfall können geeignete Betten und Hilfsmittel für Höhergewichtige bereitgestellt werden.
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/–geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	Beratung durch Diätassistentin und zur Verfügungstellung besonderer Kostformen durch die Küche.
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste	Fremdsprachenliste wird vorgehalten.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	
BF41	Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit: Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	Zugriffsmöglichkeiten in den Patientenzimmern und Sanitärräumen vorhanden.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	in Kooperation mit der Döpfer-Schule
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule
HB21	Altenpflegerin, Altenpfleger	in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	in Kooperation mit der Döpfer-Schule
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule
HB09	Logopädin und Logopäde	in Kooperation mit der Döpfer-Schule
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	

Louise von Marillac-Schule

Katholische Bildungsstätte für Berufe im Gesundheitswesen

Kontaktadresse:

Louise von Marillac-Schule

Simon-Meister-Straße 46-50

50733 Köln

Tel.: 0221/912468-17

E-Mail: info@lvmschule.de

www.krankenpflegeschule-koeln.de

www.altenpflegeschule-koeln.de

Das St. Antonius Krankenhaus bildet, gemeinsam mit 6 weiteren Kölner Krankenhäusern, Schülerinnen und Schüler der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule aus.

Neben den jeweils geltenden Gesetzen und Richtlinien gründet die Ausbildung auf einem christlichen Menschenbild, welches sich aus den Leitlinien der Trägerkrankenhäuser und Trägersenioreneinrichtungen ableiten lässt.

Zum Lehrerteam der Schule gehören Dipl. Berufspädagogen, Dipl. Pflegewissenschaftler und Lehrer für Pflegeberufe. Alle Lehrer haben eine Ausbildung in der Kranken- und Kinderpflege absolviert.

Die Schule benennt sich nach der hl. Louise von Marillac, die von 1591 bis 1660 in Frankreich lebte. Ihr Leben war gekennzeichnet durch eine hohe Sensibilität für die Nöte anderer und einen ausgeprägten Pragmatismus und Ideenreichtum, um diesen Nöten die Stirn zu bieten. Sie lebte aus der Haltung einer tiefen Frömmigkeit und Christusliebe.

Schulleitung: Frau B. Eschbach

Stellv. Schulleitung: Frau A. Kleine

Kooperationen mit Ausbildungsstätten für Physio- und Ergotherapie

Döpfer-Schulen Köln

Bernhardstraße 14

50968 Köln

Tel.: 0221/34039730

E-Mail: koeln@doepfer-schulen.de

www.doepfer-schulen.de

In unmittelbarer Nähe des Krankenhauses befindet sich die Döpfer-Schule, Köln als Ausbildungsstätte für Physio- und Ergotherapie. Zur Unterstützung der praktischen Ausbildung werden von Seiten des Krankenhauses Praktikumsplätze zur Verfügung gestellt und durch die physiotherapeutische Abteilung des Krankenhauses begleitet.

Standortleitung: Herr N. Matthiesen

A-8.3 Forschungsschwerpunkte

Das St. Antonius Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Im Schwerpunktbereich Kardiologie und Diabetes erfolgt Versorgungsforschung sowie Forschung im Bereich der autologen Stammzelltherapie bei diabetischem Fuß und gerinnungshemmender Therapie für Patienten mit Diabetes und koronarer Herzerkrankung. Im Bereich interventionelle Kardiologie und interventionelle Angiologie ist die Klinik an Studien mit modernen Stentsystemen (Scaffolds) und Langzeitkontrollen zur Restenosenentwicklung beteiligt.

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 222

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 7.741

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 15.748

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	56,97
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	56,97
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	56,97
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Fachärztinnen und Fachärzte	27,05
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,05
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	27,05
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	4

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	152,65	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	139,09	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	13,56	
– davon stationäre Versorgung	152,65	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	9,24	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,24	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	9,24	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	12,54	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,54	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	12,54	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	7,13	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,13	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,13	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	1	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	1	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	0,8	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0,8	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	2	Kooperation
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2	Kooperation
	– davon stationäre Versorgung	2	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	10,5	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,5	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	10,5	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	1,22	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,22	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	1,22	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1	Kooperation
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1	Kooperation
	– davon stationäre Versorgung	1	Kooperation
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	2,34	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,34	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2,34	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/ zum Diabetesberater	3,5	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,5	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	3,5	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	2	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manual- therapie	2	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stoma- therapie	1	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	11	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	11	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	3	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	3	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Detlef Lawrenz
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Stellvertretender Pflegedirektor, Qualitätsmanager und Auditor, klinischer Risikomanager
 Telefon: 0221 3793-1212
 Telefax: 0221 3793-1219
 E-Mail: lawrenz@antonius-koeln.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Geschäftsführung
 Krankenhausbetriebsleitung
 Chefärzte
 Qualitätsmanagementbeauftragter
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Detlef Lawrenz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Stellvertretender Pflegedirektor, Qualitätsmanager und Auditor, klinischer Risikomanager
Telefon: 0221 3793-1212
Telefax: 0221 3793-1219
E-Mail: lawrenz@antonius-koeln.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführung
Funktionsbereiche: Krankenhausbetriebsleitung
Chefärzte
Qualitätsmanagementbeauftragter
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Intranet Letzte Aktualisierung: 15.09.2021
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/–konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Qualitätszirkel

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 10.09.2020
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

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

Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

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

Patientenarmband

Sicherheitscheckliste OP

Checkliste Patientenvorbereitung für Untersuchungen

Hygienefortbildungen

Hygienestandards

dokumentiertes Verfahren zur Einweisung in Medizinprodukte

standardisierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Notfallmanagement mit jährlichen Mitarbeiterschulungen

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?
Ja, Tagungsfrequenz: quartalsweise

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaus-hygieniker	1	Das Krankenhaus verfügt über eine externe beratende Krankenhaus-hygienikerin, die vom betreuenden Labor gestellt wird.
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygiene-beauftragte Ärzte	5	Facharzt mit Abschluss "Antibiotic Stewardship" – Antibiotikabeauftragter
Hygienefachkräfte (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	20	In allen Pflege- und Funktionsbereichen wurden jeweils 1-2 Mitarbeiter zu Hygienebeauftragten ernannt und ausgebildet.

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Prof. Dr. med. Frank M. Baer
 Funktion / Arbeits-schwerpunkt: Ärztlicher Direktor
 Telefon: 0221 3793-0
 Telefax: 0221 3793-1019
 E-Mail: baer@antonius-koeln.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

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

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

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen: 123 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 36 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS OP-KISS SARI	angemeldet an Hand-KISS, andere Module in Anlehnung
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk Rhein-Ahr	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Bronze	
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygiene-bezogenen Themen		

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Lawrenz Detelf stv. Pflegedirektor und QMB Telefon: 0221 3793-1212 Telefax: 0221 3793-1219 E-Mail: lawrenz@antonius-koeln.de
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Fuß Marita Patientenfürsprecherin Telefon: 0221 3793-1070 Telefax: 0221 3793-1219 E-Mail: ehrenamt@antonius-koeln.de Frau Fuß ist immer dienstags in der Zeit von 10:00 bis 12:00 Uhr im Hause.

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Kontaktformular: https://www.antonius-koeln.de/patienten-und-besucher/patientenzufriedenheit Anonyme Beschwerden können auch jederzeit über den Patientenfragenbogen auf der Homepage des Krankenhauses eingegeben werden.
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt	https://www.antonius-koeln.de/patienten-und-besucher/patientenzufriedenheit Es erfolgt eine kontinuierliche Patientenbefragung für alle Patienten. Des Weiteren werden noch separate Patientenbefragungen in den Bereiche "Diabetische Schulung" und "Endo-ProthetikZentrum" durchgeführt.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Prof. Dr. med. Frank M. Baer
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt Medizinische Klinik, Ärztlicher Direktor
 Telefon: 0221 3793-1531
 Telefax: 0221 3793-1539
 E-Mail: sekretariat.baer@antonius-koeln.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

¹ Anzahl der Personen

Die Klinik wird von einer externen Apotheke versorgt. An den regelmäßigen Arzneimittelkommissionssitzungen nimmt der externe Apotheker teil. Zweimal jährlich erfolgt eine Begehung

aller Bereiche durch Mitarbeiter der externen Apotheke. Die Sitzungen wie auch die Begehungen werden protokolliert und die Protokolle zur Verfügung gestellt.

Es finden wöchentliche Antibiotikervisiten unter Beteiligung der Apotheke statt.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Allgemeines: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
AS03	Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Name: standardisierte Anamnesebögen im KIS Letzte Aktualisierung: 16.09.2020
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS10	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹	Kommentar / Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/ DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	_____ ²	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<input type="checkbox"/>	Hämofiltration CICA
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	<input checked="" type="checkbox"/>	

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

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA 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. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: ja

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

- Basisnotfallversorgung (Stufe 1)
- Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)
- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Kommentar:

Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3): nein

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt:
Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde: ja

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: ja

Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

- 41 1 Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum
- 52 2 Fachabteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie
- 63 3 Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie
- 83 4 Belegarztabteilung Augenheilkunde
- 87 5 Fachabteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
- 92 6 Radiologie

B-1 Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum
Schlüssel: Innere Medizin (0100)
Art: Hauptabteilung
Telefon: 0221 3793-1531
Telefax: 0221 3793-1539
E-Mail: sekretariat.baer@antonius-koeln.de

Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Prof. Dr. med. Frank M. Baer
Funktion / Arbeits-schwerpunkt: Arzt für Innere Medizin, Kardiologie, Diabetologie, Sportmedizin, internistische Intensivmedizin, Dipl.-Gesundheitsökonom
Telefon: 0221 3793-1531
Telefax: 0221 3793-1539
E-Mail: baer@antonius-koeln.de
Straße: Schillerstrasse 23
PLZ / Ort: 50968 Köln

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

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC06	Herzchirurgie: Defibrillatöreingriffe
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI27	Spezialsprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI34	Elektrophysiologie
VI35	Endoskopie

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	
VI36	Mukoviszidosezentrum
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VI45	Stammzelltransplantation
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie

B-1.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-Z Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 4.799
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 143

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	369
2	I50	Herzschwäche	290
3	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	262

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4	I21	Akuter Herzinfarkt	236
5	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	190
6	E86	Flüssigkeitsmangel	152
7 – 1	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	142
7 – 2	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	142
9	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	140
10	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	136
11	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	135
12	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	102
13	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	83
14	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	74
15 – 1	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	67
15 – 2	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-1	67
17	N17	Akutes Nierenversagen	66
18 – 1	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	61
18 – 2	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	61
20	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	60
21	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	53
22	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	52
23	A46	Wundrose – Erysipel	48
24	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	46
25 – 1	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	44
25 – 2	J69	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut	44
27 – 1	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	43
27 – 2	I70	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose	43
29	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	42
30 – 1	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	40

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	2.090
2	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	751
3	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	731
4	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	713
5	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	701
6	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	498
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	485
8	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	451
9	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	397
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	331
11	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	312
12	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	213
13 – 1	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	179
13 – 2	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	179
15	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	173
16	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	161
17	8-984	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)	145
18	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	135
19	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	126
20	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	110

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) – EPU	109
22	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung – Kardiales Mapping	107
23	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	94
24	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	93
25	5-469	Sonstige Operation am Darm	87
26	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	85
27	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	70
28	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	63
29 – 1	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	57
29 – 2	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	57

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angeborene Leistung
Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Spezialsprechstunde
Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
Endoskopie

diabetische Fußambulanz

Art der Ambulanz: Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Spezialsprechstunde

Notaufnahme

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes

Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

Intensivmedizin

Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin

Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen

prä- und poststationäre Behandlung

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

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten

Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)

Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

Endoskopie

diabetologische Spezialambulanz

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

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

stationärer ersetzende ambulante Behandlung

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)

Podologische Ambulanz

Art der Ambulanz: Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	141

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer ambulanten und stationären Versorgung im Rahmen einer BG-Zulassung ist in der **Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädischen Chirurgie** vorhanden.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	28,99
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,99
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	28,99
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	10,37
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,37
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,37
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ23	Innere Medizin
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF44	Sportmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	86,85	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	78,79	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	8,06	
– davon stationäre Versorgung	86,85	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	6	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	7,5	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care

B-2 Fachabteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Fachabteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)
Art: Hauptabteilung
Telefon: 0221 3793-1511
Telefax: 0221 3793-1519
E-Mail: plein@antonius-koeln.de

Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Prof. Dr. med. Jan Brabender
Funktion / Arzt für Chirurgie, Visceralchirurgie, Proktologie, spezielle Visceralchirurgie, Europäischer
Arbeits- Facharzt für Koloproktologie EBSQ
schwerpunkt:
Telefon: 0221 3793-1511
Telefax: 0221 3793-1519
E-Mail: brabender@antonius-koeln.de
Straße: Schillerstrasse 23
PLZ / Ort: 50968 Köln

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

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

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie	
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie	
VC19	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie	Schilddrüse und Nebenschilddrüse unter intraoperativer Überwachung der Stimmbandnerven (Neuromonitoring des N. laryngeus recurrens) – auch minimal-invasive Operationen
VC22	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie	minimal-invasiv (Schlüssellochtechnik)
VC23	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	minimal-invasiv (Schlüssellochtechnik)
VC24	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie	Tumore des Magens, des Dickdarms, des Mastdarmes, des Dünndarmes, der Gallenblase und der Gallengänge
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation	
VC68	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie	
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen	Zwerchfellbrüche, Gallensteinleiden, Leisten- und Bauchwandbrüche, Appendizitis, Dickdarmoperationen bei Divertikeln und bösartigen Geschwulstkrankheiten, Schilddrüse, Nebenschilddrüse
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen	bei Erkrankungen von Magen (ggfs. in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik) und Mastdarm
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	zur Indikationsstellung bei Erkrankungen der Schilddrüse, von Zwerchfellbrüchen, minimal-invasiven Operationen, Tumorerkrankungen, Erkrankungen des Enddarmes
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	
VC00	Proktologische Sprechstunde	Diagnostik und Beratung bei Enddarmerkrankungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	Kommentar / Erläuterung
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie	Rektale Endosonographie

B-2.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 868
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 47

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K35	Akute Blinddarmentzündung	91
2	K40	Leistenbruch (Hernie)	87
3	K80	Gallensteinleiden	69
4	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	49
5	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	47
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	40
7 – 1	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	26
7 – 2	K42	Nabelbruch (Hernie)	26
9	K81	Gallenblasenentzündung	25
10 – 1	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	24
10 – 2	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	24

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	23
13	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	22
14	L72	Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut	20
15	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare – Pilonidalsinus	19
16	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	17
17	K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters	13
18	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	10
19 – 1	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	9
19 – 2	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	9
21 – 1	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	8
21 – 2	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe – Phlegmone	8
21 – 3	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	8
21 – 4	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen – Pneumothorax	8
21 – 5	K63	Sonstige Krankheit des Darms	8
26 – 1	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	7
26 – 2	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	7
26 – 3	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	7
29 – 1	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	6
29 – 2	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	6

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-469	Sonstige Operation am Darm	123
2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	117
3 – 1	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	96
3 – 2	9-984	Pflegebedürftigkeit	96
5	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	88
6	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	87
7 – 1	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	86

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7 – 2	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	86
9	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	77
10	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	70
11	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	69
12	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	66
13	8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	64
14	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	59
15	8-190	Spezielle Verbandstechnik	47
16	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	46
17	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	42
18 – 1	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	40
18 – 2	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	40
20 – 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	39
20 – 2	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	39
22	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	38
23	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	37
24	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	32
25	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	30
26	5-448	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen	29
27	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	27
28 – 1	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	26
28 – 2	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	26
30	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	24

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie
Allgemein: Spezialsprechstunde
Inkontinenzchirurgie
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas

Proktologische Sprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie

Notaufnahme

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Angebote Leistung
Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie

Angebote Leistung

Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma

Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie

Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie

Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin

Allgemein: Notfallmedizin

Tumorsprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung

Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie

Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie

Herniensprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie

Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen

prä- und poststationäre Behandlung

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

Angebote Leistung

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie

MIC-Sprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen

Venensprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 1	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	7
1 – 2	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	7
3	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	6
4 – 1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
4 – 2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
4 – 3	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
4 – 4	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
4 – 5	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
4 – 6	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4
4 – 7	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
4 – 8	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	< 4
4 – 9	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4 – 10	8-190	Spezielle Verbandstechnik	< 4

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer ambulanten und stationären Versorgung im Rahmen einer BG-Zulassung ist in der **Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädischen Chirurgie** vorhanden.

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	6,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,6
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	14,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon stationäre Versorgung	14,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,5	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,63	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,63	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-3 Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie
Schlüssel: Unfallchirurgie (1600)
Art: Hauptabteilung
Telefon: 0221 3793-1512
Telefax: 0221 3793-1529
E-Mail: UHO@antonius-koeln.de

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Tim Lögters
Funktion / Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Handchirurgie,
Arbeits- Europäischer Facharzt für Traumatologie EBSQ
schwerpunkt:
Telefon: 0221 3793-1512
Telefax: 0221 3793-1529
E-Mail: Loegters@antonius-koeln.de
Straße: Schillerstrasse 23
PLZ / Ort: 50968 Köln

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

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie	
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	in Kooperation mit externer Neurochirurgie
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	einschl. lokaler Injektionen, Infiltrationen, Facetteninfiltrationen single-shot-Spinalanästhesie in Kooperation mit der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	einschl. arthroskopischer Operationen
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	einschl. arthroskopischer Operationen und Teilprothesen
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	auch minimal-invasive Operationsverfahren
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	einschl. arthroskopischer Operationen
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie	
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie	
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie	
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie	
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	minimal-invasive stabilisierende Wirbelsäulenchirurgie Kyphoplastie und Vertebroplastie (Zementauffüllung) interne Stabilisierung mit Stab-Schraub-Kombinationen
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie	
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen	
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Allgemein: Notfallmedizin	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	digital-kontrollierte Ganganalysen differenzierte Diagnostik und operative Korrektur bei allen Fußdeformitäten differenzierte Operationsmethoden an Vor- und Rückfuß
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	Schulterendoprothetik
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie	
VK32	Kindertraumatologie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren	

B-3.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2.003
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 31

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	202
2	S52	Knochenbruch des Unterarmes	187
3	S06	Verletzung des Schädelinneren	156
4	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	117
5	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	112
6	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	102
7	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	81
8	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	69
9	M54	Rückenschmerzen	65
10	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	59
11	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	51
12	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	49
13	M75	Schulterverletzung	45
14	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	43
15 – 1	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe – Phlegmone	28
15 – 2	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	28
17 – 1	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	26
17 – 2	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	26
19	S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	23
20	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	22
21 – 1	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	19
21 – 2	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	19

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23 – 1	M65	Entzündung der Gelenkinnenhaut bzw. der Sehnenscheiden	16
23 – 2	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte – Osteoporose	16
23 – 3	S61	Offene Wunde im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	16
23 – 4	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	16
27 – 1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	15
27 – 2	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung – Osteomyelitis	15
29	M00	Eitrige Gelenkentzündung	14
30 – 1	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	12

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	593
2	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	490
3	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	286
4	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	190
5	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	188
6	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	182
7	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	159
8	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	158
9	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	157
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	140
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	136

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	118
13	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	111
14	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	109
15	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	91
16 – 1	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	90
16 – 2	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	90
18	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	85
19	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	75
20	8-190	Spezielle Verbandstechnik	74
21	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	70
22	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	66
23	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	65
24	5-822	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	57
25	5-824	Operatives Einsetzen eines künstlichen Gelenks am Arm oder an der Schulter	53
26	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	52
27	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebs-hüllen	48
28	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	46
29 – 1	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	45
29 – 2	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	45

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angeborene Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

Angeborene Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakral-
gegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und
des Oberarmes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens
und des Unterarmes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Hand-
gelenkes und der Hand

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und
des Oberschenkels

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und
des Unterschenkels

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchel-
region und des Fußes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie

Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und
Lendenwirbelsäule

Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven

Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Allgemein: Arthroskopische Operationen

Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin

Allgemein: Notfallmedizin

Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Wundheilungsstörungen

Physikalische Therapie

Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Spondylopathien

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes

Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane

Spezialsprechstunde

Endoprothetik

Fußchirurgie

Handchirurgie

Schulterchirurgie

Sportmedizin/Sporttraumatologie

Traumatologie

Kindertraumatologie

Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie

Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren

Durchgangsarztliche Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Angebote Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

Angeborene Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakral- gegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Hand- gelenkes und der Hand
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchel- region und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
Allgemein: Arthroskopische Operationen
Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
Allgemein: Notfallmedizin
Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
Fußchirurgie
Handchirurgie
Sportmedizin/Sporttraumatologie
Kindertraumatologie
Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung

prä- und poststationäre Behandlung

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

Angeborene Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

Angeborene Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakral-
gegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und
des Oberarmes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens
und des Unterarmes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Hand-
gelenkes und der Hand

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und
des Oberschenkels

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und
des Unterschenkels

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchel-
region und des Fußes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie

Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und
Lendenwirbelsäule

Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven

Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Allgemein: Arthroskopische Operationen

Allgemein: Notfallmedizin

Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Wundheilungsstörungen

Physikalische Therapie

Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nerven-
systems

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie von Arthropathien
Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
Endoprothetik
Fußchirurgie
Handchirurgie
Schulterchirurgie
Sportmedizin/Sporttraumatologie
Traumatologie
Kindertraumatologie
Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung
Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren

Wirbelsäulen- und Fußsprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie

Angebote Leistung

Allgemein: Arthroskopische Operationen

Allgemein: Notfallmedizin

Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Spondylopathien

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes

Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane

Fußchirurgie

Sportmedizin/Sporttraumatologie

Traumatologie

Sprechstunde für Schulter-, Knie- und Sportverletzungen

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebote Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels

Allgemein: Arthroskopische Operationen

Allgemein: Notfallmedizin

Angebote Leistung
Spezialsprechstunde
Endoprothetik
Handchirurgie
Schulterchirurgie
Sportmedizin/Sporttraumatologie
Traumatologie

Notaufnahme

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Angebote Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakral- gegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Hand- gelenkes und der Hand
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchel- region und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie

Angebote Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie

Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule

Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven

Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Allgemein: Arthroskopische Operationen

Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin

Allgemein: Notfallmedizin

Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Wundheilungsstörungen

Physikalische Therapie

Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems

Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Spondylopathien

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln

Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes

Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane

Endoprothetik

Fußchirurgie

Handchirurgie

Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

Schulterchirurgie

Sportmedizin/Sporttraumatologie

Traumatologie

Kindertraumatologie

Angebote Leistung

Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie

Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren

Handsprechstunde

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

Angebote Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	156
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	76
3	5-841	Operation an den Bändern der Hand	46
4	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	45
5	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	31
6	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	14
7	5-849	Sonstige Operation an der Hand	12
8 – 1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	11
8 – 2	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	11
10 – 1	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	8
10 – 2	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	8

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12 – 1	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	6
12 – 2	5-844	Operativer Eingriff an Gelenken der Hand außer dem Handgelenk	6
12 – 3	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	6
15 – 1	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	5
15 – 2	5-898	Operation am Nagel	5
15 – 3	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebs- hüllen	5
15 – 4	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebs- hüllen bzw. Schleimbeuteln	5
19 – 1	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	4
19 – 2	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	4
21 – 1	8-401	Auseinanderziehen der Bruchstücke bei einem Knochenbruch mithilfe von Knochendrähten (Kirschner-Draht)	< 4
21 – 2	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
21 – 3	5-79a	Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung von außen und Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
21 – 4	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebs- hüllen	< 4
21 – 5	1-503	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt	< 4
21 – 6	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
21 – 7	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	< 4
21 – 8	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Trans- plantats]	< 4
21 – 9	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
21 – 10	8-210	Mobilisierung eines versteiften Gelenkes unter Narkose – Brisement force	< 4

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	13,66
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,66
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,66
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5,26
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,26
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,26
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF28	Notfallmedizin

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	30,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon stationäre Versorgung	30,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	3,24	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,24	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,24	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	3,54	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,54	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,54	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Medizinische Fachangestellte	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ12	Notfallpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement

B-4 Belegarztabteilung Augenheilkunde

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Belegarztabteilung Augenheilkunde
Schlüssel: Augenheilkunde (2700)
Art: Belegabteilung
Telefon: 0221 3793-0
Telefax: 0221 3793-1019
E-Mail: info@antonius-koeln.de

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Frank Baer
Funktion / Ärztlicher Direktor
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0221 3793-0
E-Mail: baer@antonius-kolen.de
Straße: Schillerstr. 23
PLZ / Ort: 50968 Köln

Belegärzte:

Dr. med. B. de Ruiters

Prof. Dr. med. Ph. C. Jacobi

PD Dr. med. R. Krott

Dr. med. R. Neuber

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Augenheilkunde
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
VA13	Anpassung von Sehhilfen
VA15	Plastische Chirurgie
VA18	Laserchirurgie des Auges

B-4.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 71
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 1

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Grauer Star im Alter – Katarakt	71

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	71
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	13

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	1.328
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	641

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer ambulanten und stationären Versorgung im Rahmen einer BG-Zulassung ist in der **Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädischen Chirurgie** vorhanden.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Anzahl ¹	
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	4

¹ Anzahl der Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ04	Augenheilkunde

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,5	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	0,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-5 Fachabteilung für Anästhesie und Intensivmedizin

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Fachabteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
Schlüssel: Sonstige (3700)
Telefon: 0221 3793-1550
Telefax: 0221 3793-1559

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Thomas Wolf
Funktion / D.E.A.A., Arzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0221 3793-1553
Telefax: 0221 3793-1559
E-Mail: wolf@antonius-koeln.de
Straße: Schillerstrasse 23
PLZ / Ort: 50698 Köln

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

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0
Anzahl Betten: 0

Es handelt sich hier um eine nicht bettenführende Fachabteilung.

B-5.6 Diagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Hauptdiagnosen werden nicht angegeben, da es sich um eine nicht bettenführende Fachabteilung handelt.

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Kompetenzdiagnosen werden nicht angegeben, da es sich um eine nicht bettenführende Fachabteilung handelt.

B-5.7 Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Prozeduren werden nicht angegeben, da es sich um eine nicht bettenführende Fachabteilung handelt.

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Kompetenzprozeduren werden nicht angegeben, da es sich um eine nicht bettenführende Fachabteilung handelt.

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Prämedikationssprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Erläuterung: vorstationäre Beratung und Untersuchung zur Narkosefähigkeit vor operativen Eingriffen

Angebotene Leistung

Spezialsprechstunde

Notaufnahme

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

Angebote Leistung
Intensivmedizin

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Ambulante Operationen werden nicht angegeben, da es sich um eine nicht bettenführende Fachabteilung handelt.

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer ambulanten und stationären Versorgung im Rahmen einer BG-Zulassung ist in der **Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädischen Chirurgie** vorhanden.

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	7,82
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,82
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,82
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	7,82
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,82
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	7,82
– davon ambulante Versorgungsformen	0

	Anzahl ¹
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ59	Transfusionsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF11	Hämostaseologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	20,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	19,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,5	
– davon stationäre Versorgung	20,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	0,5	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen	Kommentar / Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP16	Wundmanagement	Wundexperte ICW
ZP18	Dekubitusmanagement	

B-6 Radiologie

B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

MVZ Strahleninstitut Köln-Zentrum

Name: Radiologie
Schlüssel: Sonstige Fachabteilung (3700)
Telefon: 0221 9128-5090
Telefax: 0221 9128-5091
E-Mail: mvz@strahleninstitut.de

Chefärztinnen und Chefärzte

Name: Dipl.Phys. Dr. med. Johann Josef Jennissen
Funktion / Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt, Facharzt für Radiologie, Diplom Physiker
Telefon: 0221 9128-5090
Telefax: 0221 9128-5091
E-Mail: mvz@strahleninstitut.de
Straße: Schillerstrasse 23
PLZ / Ort: 50968 Köln

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Keine Vereinbarung geschlossen

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
VR44	Allgemein: Teleradiologie

B-6.4 [unbesetzt]

Die Abschnittsnummer B-[x].4 wurde vom G-BA nicht besetzt.

Die hier vormals anzugebenden Aspekte der Barrierefreiheit sind nun ausschließlich im Abschnitt A-7 Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort anzugeben.

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 0

Das MVZ Strahleninstitut Köln-Zentrum ist nicht bettenführend.

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Das MVZ Strahleninstitut Köln-Zentrum ist nicht bettenführend.

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	698
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	301
3	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	297
4	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	253
5	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	185
6	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	146
7	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	130

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	114
9	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	104
10	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	86
11	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	77
12	3-223	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks mit Kontrastmittel	61
13	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	58
14	3-227	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems mit Kontrastmittel	57
15	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	55
16	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	54
17	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	53
18	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	47
19	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	44
20	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	38
21	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	30
22	3-826	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	19
23	3-22x	Sonstige Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	18
24	3-20x	Sonstige Computertomographie (CT) ohne Kontrastmittel	17
25	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	13
26	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	12
27 – 1	3-804	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel	11
27 – 2	3-82a	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel	11
29	3-13b	Röntgendarstellung der Magen-Darm-Durchgängigkeit	10
30	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	9

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Im MVZ Strahleninstitut Köln-Zentrum werden keine ambulanten Operationen durchgeführt.

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

Ein Arzt mit D-Arzt-Zulassung und die Möglichkeit einer ambulanten und stationären Versorgung im Rahmen einer BG-Zulassung ist in der **Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädischen Chirurgie** vorhanden.

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 0 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	0
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	0
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	0
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-6.11.2 Pflegepersonal

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO ¹
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	55	100,00%	55
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	10	100,00%	11
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/–Systemwechsel/–Explantation	< 4		< 4
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	10	100,00%	10
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	8	100,00%	8
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	62	100,00%	62
Pflege: Dekubitusprophylaxe	284	100,00%	285
Hüftendoprothesenversorgung	163	100,00%	163
– Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	155	100,00%	155
– Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	13	100,00%	13
Knieendoprothesenversorgung	52	100,00%	52
– Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	52	100,00%	52
Ambulant erworbene Pneumonie	318	100,00%	318

¹ Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze).

Pandemiebedingt wird sich auch die Lieferung der C-1-Daten für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser von der Geschäftsstelle QS-NRW an die Datenannahmestelle (ITSG) verzögern.

Die Geschäftsstelle QS-NRW wird die Vorgaben des G-BA aufgreifen und diesem eine verspätete Lieferung des C1-Teils anzeigen.

Für Krankenhäuser ergibt sich daraus kein weiterer Handlungsbedarf.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: 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				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	1,05 % 0,98 – 1,13	≤ 2,60 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	0,03 % 0,02 – 0,04	Sentinel Event	entf. ○ entf.	U33 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 118)	98,53 % 98,43 – 98,62	≥ 90,00 %	98,18 % ○ 90,39 – 99,68	R10 ➡ 54 /55 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	88,94 % 88,73 – 89,15	≥ 60,00 %	89,39 % ○ 79,69 – 94,77	R10 ➡ 59 /66 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 119)	94,19 % 94,02 – 94,36	≥ 90,00 %	100 % ○ 93,47 – 100	R10 ➡ 55 /55 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	55,05 % 54,68 – 55,41	-	100 % 93,47 – 100	- 55 /55 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 120)	96,65 % 96,51 – 96,78	-	94,55 % 85,15 – 98,13	- 52 /55 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 120)	0,1 % 0,07 – 0,12	-	0 % 0 – 6,53	- 0 /55 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 121)	1,78 % 1,68 – 1,88	≤ 10,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 8</u> (S. 121)	95,31 % 95,23 – 95,39	≥ 90,00 %	100 % ○ 97,74 – 100	R10 ➡ 166 /166 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	1,59 % 1,5 – 1,68	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH ja / <u>Hinweis 9</u> (S. 122)	1,04 0,9 – 1,19	≤ 6,14 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 32,8	R10 ➡ 0 /35 (0,11)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 9</u> (S. 122)	1,01 0,97 – 1,04	≤ 2,77 (95. Per- zentil)	0,61 ○ 0,03 – 2,67	R10 ➡ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	0,87 0,85 – 0,89	≤ 3,44 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 0,7	R10 ➡ 0 /55 (5,14)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,11 1,05 – 1,18	≤ 4,29 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 5,97	R10 ➡ 0 /55 (0,60)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 9</u> (S. 122)	0,9 0,78 – 1,03	≤ 3,80 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 29,38	R10 ○ 0 /11 (0,13)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 9</u> (S. 122)	0,97 0,9 – 1,04	≤ 2,63 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 8,32	R10 ○ 0 / 11 (0,44)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: 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				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	0,94 % 0,82 – 1,08	≤ 2,50 %	0 % ○ 0 – 27,75	R10 ➡ 0 / 10 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	91,04 % 90,71 – 91,35	≥ 60,00 %	80 % ○ 49,02 – 94,33	R10 ➡ 8 / 10 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 11</u> (S. 123)	96,82 % 96,58 – 97,05	≥ 90,00 %	90 % ○ 59,58 – 98,21	R10 ➡ 9 / 10 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 123)	91,75 % 91,37 – 92,11	≥ 90,00 %	90 % ○ 59,58 – 98,21	R10 ➡ 9 / 10 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	55,27 % 54,58 – 55,95	-	90 % 59,58 – 98,21	- 9 /10 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	0,83 % 0,71 – 0,97	≤ 3,00 %	0 % ○ 0 – 27,75	R10 ➡ 0 /10 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	0,93 0,89 – 0,97	≤ 2,72 (95. Perzentil)	1,17 ○ 0,21 – 4,72	R10 ➡ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,05 0,89 – 1,24	≤ 6,96 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 84,58	R10 ➡ 0 /10 (0,03)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 124)	96,17 % 96,02 – 96,31	≥ 90,00 %	100 % ○ 87,94 – 100	R10 ➡ 28 /28 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	97,65 % 97,58 – 97,72	≥ 90,00 %	86,79 % ○ 75,16 – 93,45	D50 📉 46 /53 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	93,38 % 93,02 – 93,72	≥ 86,00 %	76,92 % ○ 49,74 – 91,82	D50 📉 10 /13 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	2,28 % 2,21 – 2,35	≤ 7,32 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 🔄 entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	4,73 % 4,56 – 4,9	≤ 11,54 % (95. Per- zentil)	5,88 % ○ 2,72 – 12,24	R10 🔄 6 /102 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	1,48 % 1,42 – 1,54	≤ 6,48 % (95. Per- zentil)	7,55 % ○ 2,97 – 17,86	U32 🔄 4 /53 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	6,96 % 6,59 – 7,36	≤ 19,26 % (95. Per- zentil)	0 % ○ 0 – 32,44	R10 ➡ 0 / 8 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	0,05 % 0,04 – 0,07	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 8,76	R10 ➡ 0 / 40 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 14 (S. 124)	1,01 0,98 – 1,04	-	0,66 0,26 – 1,62	- 4 / 102 (6,07)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 10 (S. 122)	1,02 0,99 – 1,04	≤ 2,44 (95. Per- zentil)	0,88 ○ 0,5 – 1,5	R10 ➡ 11 / 123 (12,53)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 10 (S. 122)	1,02 0,99 – 1,06	≤ 2,81 (95. Per- zentil)	1,67 ○ 0,52 – 3,89	R10 ➡ 4 / 120 (2,39)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,01 0,99 – 1,03	≤ 2,15 (95. Perzentil)	0,94 ○ 0,54 – 1,6	R10 ⇄ 11 /102 (11,66)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,01 0,97 – 1,05	≤ 2,06 (95. Perzentil)	0 ○ 0 – 1,66	R10 ⇄ 0 /13 (1,79)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	97,32 % 97,25 – 97,4	≥ 90,00 %	94,29 % ○ 89,13 – 97,08	R10 ○ 132 /140 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	10,35 % 10,11 – 10,59	≤ 15,00 %	12,75 % ○ 7,6 – 20,59	R10 ⇄ 13 /102 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	98,12 % 98,05 – 98,2	≥ 90,00 %	100 % ○ 93,12 – 100	R10 ⇄ 52 /52 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	94,43 % 94,01 – 94,81	≥ 86,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	97,38 % 97,17 – 97,59	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	99,76 % 99,73 – 99,78	≥ 98,27 % (5. Perzen- til)	100 % ○ 94,7 – 100	R10 ➡ 55 /55 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	1,17 % 1,12 – 1,23	≤ 4,38 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	3,76 % 3,44 – 4,11	≤ 10,40 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	0,94 % 0,9 – 0,99	≤ 3,80 % (95. Per- zentil)	0 % ○ 0 – 6,88	R10 ➡ 0 /52 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	4,44 % 4,09 – 4,81	≤ 12,79 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	0,04 % 0,03 – 0,05	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 7,13	R10 ➡ 0 /50 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,08 1,01 – 1,17	≤ 4,95 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 20,54	R10 ➡ 0 /52 (0,17)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 15</u> (S. 125)	0,93 % 0,84 – 1,02	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 48,99	R10 ➡ 0 /4 (entf.)
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 15</u> (S. 125)	88,56 % 88,23 – 88,88	≥ 74,11 % (5. Perzen- til)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 15</u> (S. 125)	20,12 % 19,41 – 20,84	≤ 44,70 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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				
EKez / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	11,36 % 10,1 – 12,76	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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				
EKez / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	13,12 % 12,06 – 14,27	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren	Bund Ergebnis	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Bezug Infektionen¹ / Fachl. Hinweis IQTIG²				
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung	7,78 % 7,35 – 8,24	≤ 20,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
nein / Hinweis 15 (S. 125)				
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung	0,98 % 0,88 – 1,09	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	H99 ○ entf.
nein / Hinweis 15 (S. 125)				
Kommentar der beauftragten Stelle: Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.				
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter				
Qualitätsindikator / QSKH	3,01 % 2,9 – 3,12	≤ 6,19 % (90. Per- zentil)	0 % ○ 0 – 32,44	R10 ⇄ 0 / 8 (entf.)
nein / Hinweis 15 (S. 125)				
Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter): 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				
Qualitätsindikator / QSKH, QS- Planung	1,12 1,05 – 1,19	≤ 4,18	0 ○ 0 – 142,61	R10 ⇄ 0 / 5 (0,02)
nein / Hinweis 10 (S. 122)				
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).				
EKez / QSKH	17,06 % 16,92 – 17,2	-	24,53 % 20,12 – 29,54	- 78 / 318 (entf.)
nein / Hinweis 4 (S. 119)				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 125)	15,52 % 15,35 – 15,69	-	19,91 % 15,13 – 25,74	- 43 /216 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.				
EKez / QSKH nein / <u>Hinweis 17</u> (S. 125)	1,02 1 – 1,03	-	1,41 0,85 – 2,22	- 13 /73 (9,25)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).				
EKez / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	83,04 % 82,89 – 83,19	-	91,56 % 87,19 – 94,53	- 206 /225 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 18</u> (S. 126)	93,21 % 93,08 – 93,34	≥ 90,00 %	96,77 % ○ 92,67 – 98,61	R10 ↻ 150 /155 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	97,54 % 97,25 – 97,81	-	100 % 67,56 – 100	- 8 /8 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
EKez / QSKH	96,86 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 125)	96,41 – 97,26		56,55 – 100	5 /5 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / QSKH	98,77 %	≥ 95,00 %	95,91 % ○	R10 ↻
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	98,73 – 98,81		93,13 – 97,6	305 /318 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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)				
Transparenzkennzahl / QSKH	98,83 %	-	95,81 %	-
nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	98,79 – 98,87		92,96 – 97,53	297 /310 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
EKez / QSKH	98,75 %	-	97,16 %	-
nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 125)	98,69 – 98,8		93,94 – 98,69	205 /211 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
EKez / QSKH	98,68 %	-	97,22 %	-
nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 125)	98,63 – 98,73		94,07 – 98,72	210 /216 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	96,76 % 96,69 – 96,82	≥ 95,00 %	94,41 % ○ 91,23 – 96,48	U33 ➡ 287 /304 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
EKez / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 125)	96,71 % 96,63 – 96,79	-	94,69 % 90,74 – 97,01	- 196 /207 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	96,49 % 96,41 – 96,58	≥ 95,00 %	98,62 % ○ 95,11 – 99,62	R10 ➡ 143 /145 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.				
EKez / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 125)	95,89 % 95,77 – 96	-	99,03 % 94,7 – 99,83	- 102 /103 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	92,64 % 92,49 – 92,79	≥ 90,00 %	92,24 % ○ 85,91 – 95,86	R10 ➡ 107 /116 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
EKez / QSKH	92,7 %	-	92,22 %	-
nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 125)	92,52 – 92,87		84,81 – 96,18	83 /90 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren				
Transparenzkennzahl / QSKH	98,68 %	-	86,71 %	-
nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	98,62 – 98,73		80,18 – 91,33	124 /143 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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.				
EKez / QSKH	98,64 %	-	85,29 %	-
nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 125)	98,57 – 98,71		77,15 – 90,88	87 /102 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / QSKH	1,02	-	0,98	-
nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 119)	1 – 1,03		0,65 – 1,46	21 /231 (21,42)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an 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.				
Qualitätsindikator / QSKH	1,02	≤ 1,98	0,66 ○	R10 ➡
nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 126)	1 – 1,03	(95. Per- zentil)	0,34 – 1,26	8 /158 (12,17)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	1,89 % 1,79 – 2,01	≤ 5,44 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
<p>Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,01 0,98 – 1,03	≤ 2,26 (95. Per- zentil)	1,2 ○ 0,62 – 2,18	R10 ➡ 8 /62 (6,66)
<p>Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,01 0,99 – 1,03	≤ 2,16 (95. Per- zentil)	0,63 ○ 0,29 – 1,24	R10 ➡ 6 /48 (9,56)
<p>Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 20</u> (S. 127)	1,03 0,99 – 1,07	Nicht defi- niert	0,82 ○ 0,28 – 2,25	N02 ○ entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.</p>				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	97,3 % 97,16 – 97,44	≥ 90,00 %	96,3 % ○ 87,46 – 98,98	R10 ➡ 52 /54 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	11,11 % 10,86 – 11,36	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: 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				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	1,06 % 0,87 – 1,27	≤ 3,10 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 118)	1,02 % 0,81 – 1,29	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 122)	1,03 0,89 – 1,2	≤ 5,20 (95. Per- zentil)	0 ○ 0 – 50,98	R10 ➡ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: 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)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	0 % 0 – 0	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 0,05	R10 ⇄ 0 /7.353 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: 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)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 119)	0,06 % 0,06 – 0,06	-	entf. entf.	- entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: 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)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 119)	0,33 % 0,33 – 0,33	-	0,22 % 0,13 – 0,35	- 16 /7.353 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der 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 (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 10 (S. 122)	1,05 1,04 – 1,06	≤ 2,32 (95. Per- zentil)	0,8 ○ 0,5 – 1,29	R10 ⇄ 17 /7.353 (21,16)
Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden): 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				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 118)	0,24 % 0,18 – 0,33	≤ 2,30 %	0 % ○ 0 – 25,88	R10 ⇄ 0 /11 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden): Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / QSKH	98,31 %	≥ 95,00 %	100 % ○	R10 ➡
nein / Hinweis 21 (S. 127)	98,21 – 98,41		92,29 – 100	46 /46 (entf.)

¹ Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

² Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

⁴ Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.
 ⬆ = verbessert; ➡ = unverändert; ⬇ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁵ Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.

N01 = Bewertung nicht vorgesehen: QSKH, DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;

N02 = Bewertung nicht vorgesehen: QSKH, DeQS: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert;

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: QSKH, DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw.

Stellungnahmeverfahren erforderlich;

H99 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: QSKH: Sonstiges (im Kommentar erläutert);

U32 = Bewertung nach Strukturierter Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: QSKH: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;

U33 = Bewertung nach Strukturierter Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: QSKH: Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme);

D50 = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: QSKH: Unvollständige oder falsche Dokumentation.

⬆ = verbessert; ➡ = unverändert; ⬇ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁶ Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.

Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 1
- Der Referenzbereich gibt an, 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/>
- Hinweis 2
- 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). 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/eh150.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 3 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). 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/eh150.

Hinweis 4 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/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 5 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/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte System-wahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adä- quaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchroniza- tion thera- py. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.

Hinweis 6 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/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Sys-temwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adä- quaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchroniza- tion thera- py. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 7 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

Hinweis 8 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> 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 Fall-zahl-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.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 9 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Hinweis 10 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 11 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen 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.
- Hinweis 12 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> 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.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 13 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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.
- Hinweis 14 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/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 15 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
- Hinweis 16 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/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/Faelle_fur_die_COVID-19_dokumentiert_wurde_wurden_bei_der_Berechnung_nicht_beruecksichtigt.
- Hinweis 17 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/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/Bei_der_Berechnung_wurden_ausschliesslich_Faelle_beruecksichtigt_fur_die_COVID-19_dokumentiert_wurde.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 18 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Hinweis 19 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 20 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt 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. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/>

Hinweis 21 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. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs 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 oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden 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/> Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitäts-index. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. 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.

Pandemiebedingt wird sich auch die Lieferung der C-1-Daten für den Qualitätsbericht der Krankenhäuser von der Geschäftsstelle QS-NRW an die Datenannahmestelle (ITSG) verzögern.

Die Geschäftsstelle QS-NRW wird die Vorgaben des G-BA aufgreifen und diesem eine verspätete Lieferung des C1-Teils anzeigen.

Für Krankenhäuser ergibt sich daraus kein weiterer Handlungsbedarf.

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

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

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

Leistungsbereich
Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Koronare Herzkrankheit (KHK)

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Das St. Antonius Krankenhaus nimmt an keinen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

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 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Komplexe Eingriffe am Organ-system Ösophagus	10	10	
Kniegelenk-Total-endoprothesen	50	52	

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Leistungsbereich	Bestätigte Prognose ¹	Erbrachte Menge 2020	Menge Quartal 3-4 & 1-2 ²
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja	52	46

¹ Hier wird angegeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Abs. 5 und 6 Mm-R bestätigt wurde.

² In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden:

Leistungsbereich	
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung finden bei den im St. Antonius Krankenhaus erbrachten Leistungen keine Anwendung.

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

		Anzahl ²
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	35
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	16
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	16

¹ nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

² Anzahl der Personen

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahmetatbestände
Intensivmedizin	Intensivstation	Tag	100 %	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände
Intensivmedizin	Intensivstation	Nacht	100 %	0
Unfallchirurgie	Station Maria	Tag	100 %	0
Unfallchirurgie	Station Maria	Nacht	100 %	0
Unfallchirurgie	Station Norbert	Tag	100 %	0
Unfallchirurgie	Station Norbert	Nacht	100 %	0
Kardiologie	Station Johann	Tag	100 %	0
Kardiologie	Station Johann	Nacht	100 %	0
Kardiologie	Station Cäcilia	Tag	100 %	0
Kardiologie	Station Cäcilia	Nacht	100 %	0

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Intensivmedizin	Intensivstation	Tag	100 %
Intensivmedizin	Intensivstation	Nacht	100 %
Unfallchirurgie	Station Maria	Tag	100 %
Unfallchirurgie	Station Maria	Nacht	100 %
Unfallchirurgie	Station Norbert	Tag	100 %
Unfallchirurgie	Station Norbert	Nacht	100 %
Kardiologie	Station Johann	Tag	100 %
Kardiologie	Station Johann	Nacht	100 %
Kardiologie	Station Cäcilia	Tag	100 %
Kardiologie	Station Cäcilia	Nacht	100 %

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Wir sind eine Klinik der Grund- und Regelversorgung. Mit diesem Grundauftrag und darüber hinaus gehenden medizinischen Spezialisierungen bieten wir als Gesundheitszentrum eine wohnortnahe und umfassende Patientenbehandlung an. Im Zentrum unseres Tuns steht der Patient als momentan hilfebedürftiger Mensch mit persönlichen Wertvorstellungen, einer individuellen Lebensplanung und einer ethischen und religiösen Ausrichtung im Einfluss durch sein familiäres und soziales Umfeld.

Unsere medizinische Behandlung erfolgt primär immer patientenorientiert unter Einbeziehung des wissenschaftlich-technischen Fortschritts, daneben auch nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten durch effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen. Wir richten uns nach ärztlichen Leitlinien und pflegerischen Standards.

Die Strukturprozesse unserer Klinik richten wir so aus, dass sie auch zukünftig den Anforderungen des Wettbewerbs entsprechen. Dabei werden neue Behandlungsformen, wie z.B. die integrierte Versorgung, in die Behandlungsstrategien mit einbezogen.

Neben dem Grundversorgungsauftrag sind ergänzende Spezialisierungen in den medizinischen Fachabteilungen unerlässlich und wertvoll. Wir fördern hierzu unsere Mitarbeiter beim zusätzlichen Erwerb von Wissen und Können.

Unsere Klinik ist ein Ort sozialer Begegnungen. Wir stehen unseren Patienten mit Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit und Zuwendung zur Seite.

Wir kommunizieren innerhalb der Klinik sowie mit den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens insgesamt, unterstützt durch ein strukturiertes Besprechungs- und Informationswesen.

Die Qualitätspolitik ist Bestandteil unseres Qualitätsmanagement-Handbuches und steht jedem Mitarbeiter im Intranet jederzeit zur Verfügung.

Die Aussagen zur Qualitätspolitik unseres Hauses und der strategischen Ausrichtung basieren auf den Grundsätzen des von der Mitarbeiterschaft im Jahre 2000 verabschiedeten Leitbildes unseres Krankenhauses.

Unser Leitsatz:

• Miteinander zum Wohle des Patienten – Gemeinsam zum Erfolg •

Im Rahmen unseres sich weiterentwickelnden Qualitätsmanagementsystems werden die Qualitätspolitik unseres Hauses und die zur Qualitätsverbesserung eingesetzten Instrumente einer regelmäßigen Überprüfung unterzogen.

Weitere Informationen über unser Krankenhaus finden Sie im Internet auf unserer Homepage www.antonius-koeln.de

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele des St. Antonius Krankenhauses

Die übergeordneten Qualitätsziele, die sich aus dem aus der Mitarbeiterschaft entwickeltem Leitbild ableiten "Miteinander zum Wohle des Patienten – Gemeinsam zum Erfolg"

erachten wir als besonders wichtig:

- 1) Unsere katholisch-caritative Identität
- 2) Patientenzufriedenheit
- 3) Leistungsspektrum und Qualitätsanspruch
- 4) Organisationsabläufe und Absprachen
- 5) Personalführung und Mitarbeiterinformation
- 6) Umgang und Zusammenarbeit aller Mitarbeiter
- 7) Zukunftssicherung
- 8) Krankenhaus und Umwelt

1) Unsere katholisch-caritative Identität

Die christliche Botschaft ist uns Orientierung im Umgang mit den uns anvertrauten Menschen. Basierend auf diesem Fundament fühlen wir uns dem Leidenden und Kranken in uneingeschränkter Toleranz gegenüber Person, Herkunft oder Weltanschauung verpflichtet.

Täglich in den Dienstbesprechungen reflektieren wir unser Verhalten im Team und leiten hieraus Verbesserungsmaßnahmen ab, die dann mit gegenseitiger Unterstützung in den täglichen Abläufen integriert werden.

2) Patientenzufriedenheit

Das körperliche und seelische Wohlbefinden des Patienten ist uns ein zentrales Anliegen. Wünsche, Anregungen und Beschwerden sammeln wir durch die permanente Patientenbefragung, die neben der Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Leistungen auch das Umfeld, die Sauberkeit, die Verpflegung, das tägliche Miteinander, die Kommunikation und Information an Patienten sowie die Integration in den Behandlungsprozess von Angehörigen beinhaltet. Hieraus leiten wir Maßnahmen ab, die positive wie negative Aspekte des täglichen Ablaufs betreffen.

3) Leistungsspektrum und Qualitätsanspruch

Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen steht für uns bei seiner Betreuung im Mittelpunkt. Hohe fachliche Qualifikation aller Mitarbeiter durch angemessene Fort- und Weiterbildungen sind verpflichtend. Medizinische technische Ausstattung wird permanent entsprechend den sich entwickelnden wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst und erweitert. Dies gewährleisten wir durch fortlaufende dokumentierte Qualitätskontrollen.

4) Organisationsabläufe und Absprachen

Der Patient soll während seines Aufenthaltes in unserem Krankenhaus eine optimale Versorgung erfahren.

Die Festlegung und Fortschreibung von Organisationsabläufen erfolgt grundsätzlich mit Blick auf bereichsübergreifende Auswirkungen. Absprachen sind für uns alle verbindlich und werden konsequent eingehalten. Dies erreichen wir unter Beachtung folgender Fragestellungen:

Dient diese Absprache – dieser Ablauf dem Wohl des Patienten?

Sind die Interessen der betroffenen Mitarbeiter und Bereiche angemessen berücksichtigt?

Erhöht die verabredete Maßnahme sachbezogen die Effektivität der Arbeit?

5) Personalführung und Mitarbeiterinformation

Wir wollen den zufriedenen, engagierten und eigenverantwortlichen Mitarbeiter. Unser kooperativer Führungsstil ist für unser Handeln die Basis:

Mitarbeiter werden an Führungsentscheidungen weitgehend beteiligt.

Entscheidung und Verantwortung bleiben aber beim Vorgesetzten.

Frühzeitige und umfassende Information der Mitarbeiter.

Gelegenheit zu Diskussion und Meinungsäußerung.

Begründung getroffener Entscheidungen – soweit erforderlich.

Statt knapper Anweisungen und willkürlicher Kontrollen, überträgt der Vorgesetzte seinem Team Verantwortung und Entscheidungsbefugnis.

In regelmäßigen Abteilungsbesprechungen geben wir alle notwendigen Informationen weiter. Wir geben dabei die Möglichkeit, anstehende Fragen zu besprechen. Diese Treffen werden protokolliert und sind somit auch allen betroffenen Mitarbeitern zugänglich. Wir klären am Ende jeder Besprechung, wer wen über welche Inhalte informiert und welche Informationen zunächst vertraulich bleiben. Alle Mitarbeiter werden durch die Krankenhausbetriebsleitung und Mitarbeitervertretung in Informationsveranstaltungen über wichtige Entwicklungen des Krankenhauses informiert.

6) Umgang und Zusammenarbeit aller Mitarbeiter

Ein positives Arbeitsklima im Hause, Gesundheit und Wohlfühl unserer Mitarbeiter ist uns wichtig.

Wir sind offen, ehrlich, respektvoll, freundlich, höflich und rücksichtsvoll im Umgang miteinander.

Wir suchen bei Problemen das direkte Gespräch mit den Betroffenen. Wir finden Lösungen und machen keine Schuldzuweisungen. Wir tragen Meinungsverschiedenheiten nicht vor Dritten aus, erst recht nicht vor Patienten und Besuchern.

Wir tragen Kritik angemessen in der Form und höflich vor.

Wir arbeiten neue Mitarbeiter in ihrem Arbeitsbereich gründlich ein.

Wir hören Verbesserungsvorschläge zunächst an, versuchen sie zu verstehen, bevor wir sie bewerten und beurteilen.

7) Zukunftssicherung

Zukunftsentwicklung bedeutet die Weiterentwicklung unseres umfassenden Qualitätsmanagement.

Wir kontrollieren unsere Arbeitsabläufe und ermöglichen hiermit eine optimale Ressourcennutzung.

Wir passen unser Leistungsspektrum entsprechend dem Bedarf an, in dem wir einen permanenten Kontakt mit den einweisenden Ärzten und Kostenträgern halten.

Unsere Kommunikationsplattform bauen wir mit einem leistungsfähigen Informationssystem zur Unterstützung der Prozesse aus.

8) Krankenhaus und Umwelt

Wir sind umweltbewusst. Unser Abfallkonzept basiert auf bewusste Trennung für umweltgerechte Rückführung.

Wir erreichen dies durch Sensibilisierung und Information an unsere Patienten und Mitarbeiter.

Wir achten auf den Erhalt und Schutz unserer Grünanlagen nach ökologischen Gesichtspunkten.

Wir berücksichtigen bei zukunftsweisenden Entscheidungen den Gedanken der Energieminimierung.

Auf Basis der übergeordneten Qualitätszielen werden jährlich für das Gesamtkrankenhaus sowie für das Kardio-Diabetes Zentrum und das EndoProthetikZentrum operative Qualitätsziele festgelegt und für alle Mitarbeiter im Intranet veröffentlicht. Die Kontrolle der Erreichung der operativen Ziele erfolgt in der jährlichen Managementbewertung.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Strukturen unseres Qualitätsmanagements orientieren sich an den Anforderungen aus der DIN EN ISO 9001.

Die Organisation des Qualitätsmanagements ist im folgenden Organigramm festgelegt:

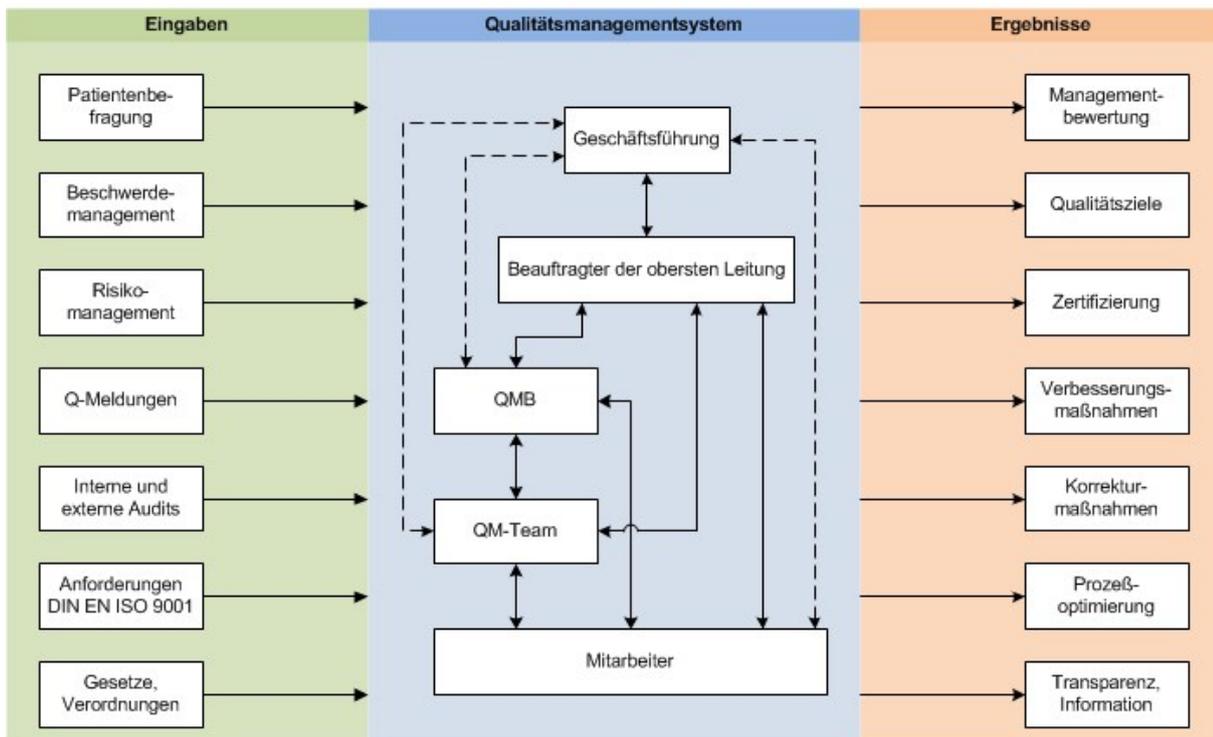


Abbildung D-3: Organigramm des Qualitätsmanagements

Geschäftsführung und Beauftragter der obersten Leitung (BOL)

Die Geschäftsführung und in Delegation die Betriebsleitung (BOL) ist dafür verantwortlich, dass die Forderungen, die sich aus dem QM-Handbuch ergeben, den Mitarbeitern in ausreichendem Maße bekannt sind und umgesetzt werden. Jeder Mitarbeiter ist verpflichtet, die Festlegungen aus diesem Handbuch und den entsprechenden zugehörigen Dokumenten, insbesondere der ergänzenden Verfahrensanweisungen und Standards, einzuhalten. Die Geschäftsführung und in Delegation die Betriebsleitung (BOL) ist verpflichtet, bei Abweichungen den QMB zu benachrichtigen und ggf. eine Anpassung der festgelegten Maßnahmen zu veranlassen. Die Geschäftsführung und in Delegation die Betriebsleitung ist insbesondere verantwortlich für die:

Umsetzung gesetzlicher und behördlicher Forderungen

Festlegung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele

Durchführung von Managementbewertungen

Inkraftsetzung des Qualitätsmanagementhandbuches, bzw. des QM-Systems

Veranlassung von Maßnahmen zur Qualitätsmotivation

Förderung des QM-Systems unter Mitwirkung des QMB

Sicherstellung der Verfügbarkeit der erforderlichen Mittel

Sicherstellung der personellen Ressourcen unter Berücksichtigung ihrer Qualifikation

Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Als „Schnittstelle“ zwischen Geschäftsführung/Betriebsleitung und QM-Team nimmt der QMB an allen Sitzungen der Betriebsleitung teil. Ihm obliegt die Organisation und Leitung der QM-Team-Sitzungen, die Lenkung und die Archivierung der qualitätsrelevanten Dokumente und der verwendeten und entwickelten Formularen sowie die Erstellung und Aktualisierung des QM-Handbuchs.

Des Weiteren gehört zu seinen Aufgaben:

dass die Prozesse des QM-Systems eingeführt und aufrechterhalten werden

der Krankenhausleitung regelmäßig zur Bewertung des QM-Systems zu berichten

notwendige Verbesserungen vorzuschlagen

bei allen Mitarbeitern das Bewusstsein für Patienten/Kundenbedürfnisse zu fördern

Planung und Durchführung interner Audits

Begleitung/Mitwirkung externer Audits

Qualitätsmanagementteam (QM-Team)

Das QM-Team setzt sich aus Mitarbeitern der Bereiche ärztlicher und pflegerischer Dienst sowie Verwaltung zusammen und versteht sich als die eigentliche Arbeitsgruppe des QM. Sie erhält ihre zeitlich abgestimmten Arbeitsaufträge aus der Betriebsleitung über den QMB. Es führt in Zusammenarbeit mit dem QMB die internen Audits durch und dokumentiert diese. Das QM-Team versteht sich als Multiplikator zur Information der Mitarbeiter über die Grundlagen des QM-Systems und zur Motivation, sich aktiv an der Weiterentwicklung des QM-Systems zu beteiligen.

Projektgruppen

Die Vergabe von Projektaufträgen erfolgt einheitlich im gesamten Krankenhaus nach einem festgelegten Schema.

Die Darstellung der QM-Projekte im Berichtszeitraum erfolgt unter dem Punkt D-5.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementsystem des St. Antonius Krankenhauses unterliegt einer stetigen Verbesserung. Um ein effektives Arbeiten und Zusammenarbeiten zu ermöglichen, wurden die wichtigsten Prozesse standardisiert und unterliegen einer ständigen Optimierung. Hierzu orientieren wir uns am PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) nach Deming.

Um das Ziel der kontinuierlichen Verbesserung zu erreichen, bedienen wir uns verschiedener Instrumente des Qualitätsmanagements:

Prozessmanagement

Prozessmanagement betreiben heißt, die Prozesse so zu beherrschen, dass sie die gewünschten Prozessergebnisse liefern. Daher haben wir alle qualitätsrelevanten Prozesse in Verfahrensanweisungen beschrieben. Die Wechselwirkungen der Prozesse untereinander werden berücksichtigt.

Wir unterscheiden hierbei zwischen:

Kernprozesse

Führungsprozesse

Überwachungsprozesse

Nebenprozesse

externe Prozesse

Alle Verfahrensanweisungen und ihre mitgeltenden Unterlagen, wie z. Bsp. Ablauf- und Tätigkeitsbeschreibungen, Standards, Checklisten, unterliegen der Dokumentenlenkung und werden regelmäßig mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung überprüft.

Projektmanagement

Ein Projekt ist ein zeitlich begrenzter Auftrag an eine Arbeitsgruppe mit einem definierten Ziel. Die Rahmenbedingungen für den Auftrag werden im Projektauftrag festgelegt.

Im St. Antonius Krankenhaus wird für jedes Projekt ein Projektauftrag erstellt, der die folgenden Inhalte hat:

Projektnamen

Projektanlass

Projektziel, ggfs. mit Teilzielen

Auftraggeber und – nehmer

Projektgruppenmitglieder

Projektbeginn und – ende

Ressourcen

Für jedes Projekt wird ein Projektplan erstellt und der komplette Projektverlauf dokumentiert. Nach Projektende erfolgt eine Projektauswertung.

Qualitätsmanagementhandbuch

Im Qualitätsmanagementhandbuch ist das Qualitätsmanagementsystem in seiner Gesamtheit beschrieben. Es gibt einen allgemeinen Überblick über die Qualitätspolitik, die Wechselwirkung der Prozesse sowie die dokumentierten Verfahren.

Beschwerdemanagement

Das Beschwerdemanagement bildet neben den Q-Meldungen ein wichtiges Instrument zur Verbesserung von Prozessen und Strukturen. Alle Beschwerden werden strukturiert bearbeitet, der Beschwerdeführer erhält eine schriftliche Rückmeldung. Als mögliche Beschwerdewege stehen unter anderem das Intranet, die Homepage der Einrichtung, die Patientenfürsprecherin und die Patientenfragebögen zur Verfügung. Verbesserungsmaßnahmen werden zeitnah eingeleitet und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Alle Beschwerden werden ausgewertet und fließen in die jährliche Managementbewertung ein.

Beschwerden von einweisenden Ärzten und Hausärzten erfolgen direkt beim jeweiligen Chefarzt der Abteilung oder werden an diesen weitergeleitet. Sie werden in gleicher Weise bearbeitet, kommuniziert und bewertet.

Qualitätsabweichungen (Q-Meldungen) / Verbesserungsmaßnahmen

Im Intranet steht für alle Mitarbeiter des Krankenhauses ein Meldemodul zur Verfügung. Alle eingehenden Meldungen werden zeitnah zur Bearbeitung an die entsprechenden Adressaten weitergeleitet. Hieraus entstehende Verbesserungsmaßnahmen werden umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Der Melder erhält nach Abschluss der Bearbeitung eine schriftliche Information. Alle Q-Meldungen werden jährlich ausgewertet und fließen in die Managementbewertung ein.

Internes Audit

Entsprechend den Anforderungen der DIN EN ISO 9001 werden jährlich in allen Bereichen des St. Antonius Krankenhauses interne Audits durchgeführt. Die Begehung der Bereiche und die Befragung der Mitarbeiter beziehen sich auf alle relevanten Regelungen unseres Qualitätsmanagementsystems sowie auf die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben. Die internen Audits werden protokolliert und ausgewertet. Für hieraus abgeleitete Verbesserungspotentiale werden Maßnahmen definiert und umgesetzt. Eine Überprüfung erfolgt spätestens während des nächsten Audits. Des Weiteren erfolgt die Erstellung eines Auditabschlussberichts, der im Intranet veröffentlicht wird. Die Ergebnisse der internen Audits fließen in die Managementbewertung ein.

Lieferantenbewertung

Alle qualitätsrelevanten Lieferanten werden einer jährlichen Überprüfung und Bewertung unterzogen. Bestandteil der Bewertung sind auch eingegangene Q-Meldungen zum Bereich „Beanstandung Material und Lieferant“. Die Bewertung ist Bestandteil der Managementbewertung.

Managementbewertung

Die jährliche Managementbewertung gibt einen Überblick über den Stand und die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und dient zur Information um geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems einleiten zu können.

Inhalte der Managementbewertung sind u.a.

Überprüfung der Qualitätsziele

Ergebnisse der internen Audits

Auswertungen der Q-Meldungen

Auswertung Beschwerdemanagement

Auswertung Patientenbefragungen

Auswertung CIRS

Ergebnis der Lieferantenbewertung

Kennzahlen aus dem Bereich der Krankenhaushygiene

Aussagen zu Prozessleistungen

Die Managementbewertung wird nach der Freigabe durch die Geschäftsführung im Intranet veröffentlicht.

Diabetes mellitus – Zertifizierung zur Behandlung von Patienten mit Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes

Die stationäre Behandlung von Patienten mit Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes auf einer dafür spezialisierten Stoffwechselstation mit interdisziplinären Behandlung des diabetischen Fußes sowie die ambulante Behandlung in der Fußambulanz erfolgt nach den Kriterien der Deutschen Diabetes Gesellschaft – DDG.

Die Zertifizierungen als stationäre Behandlungseinrichtung für Typ-1-Diabetes, Typ-2-Diabetes und diabetisches Fußsyndrom sowie ambulante Fußbehandlungseinrichtung sind in den letzten Jahren nach Vorlage der Evaluationsdaten in regelmäßigen Abständen ausgesprochen worden.

Patientenbefragung

Wir sehen die Patientenkritik als Chance, stetig unsere Qualität zu verbessern. Seit Jahren bitten wir unsere Patienten, vor ihrer Entlassung ihre Eindrücke, Anmerkungen und Wünsche mittels eines Fragebogens zu ausgewählten Bereichen (z. Bsp. Aufnahme, Unterbringung, Verpflegung, ärztliche und pflegerische Versorgung) anonym zu dokumentieren. Darüber hinaus können alle Patienten telefonisch, per E-Mail oder direkt mit uns oder der Patientenfürsprecherin Kontakt aufnehmen. Eine Bewertung über die Homepage des Krankenhauses ist ebenfalls möglich.

Die Fragebögen werden zeitnah ausgewertet und die Ergebnisse an die verantwortlichen Stellen weitergeleitet und kommuniziert. Auf Basis dieser Ergebnisse leiten wir Korrekturmaßnahmen ein. Das Aufdecken von Schwachstellen in Arbeitsabläufen – wie etwa Wartezeiten – zieht Gegensteuerungsmaßnahmen nach sich.

Kontinuierliche Patientenbefragungen erfolgen für das Gesamtkrankenhaus sowie auch separat für einzelne Bereiche wie z.Bsp. das EndoProthetikZentrum, die diabetologische Schulungsstation und die angeschlossenen Kurzzeitpflegeeinrichtung.

Die Auswertung der Patientenbefragung erfolgt regelmäßig nach einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

In 2020 lagen die folgenden Ergebnisse vor:

Gesamtkrankenhaus 1,7

EndoProthetikZentrum 1,5

Diab. Schulungsstation 1,5

Kurzzeitpflegestation 1,4

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen sind Bestandteil der Managementbewertung.

Krankenhaus-Infektionsstatistik

Durch eine Hygienefachschwester und einem hygienebeauftragten Arzt der Klinik in Zusammenarbeit mit einem beratenden externen Krankenhaushygienikerin wird das Hygienemanagement der Klinik kontinuierlich überprüft und den notwendigen Gegebenheiten ggf. angepasst. Im Krankenhaus erworbene Infektionen werden kontinuierlich erfasst und ausgewertet. Die Ergebnisse werden jeweils aktuell mit dem jeweiligen Klinikbereich und quartalsmäßig für die Gesamtklinik präsentiert und bewertet. Therapeutische Konsequenzen werden mit der beratenden Krankenhaushygienikerin abgesprochen. Veränderungen in der Resistenzentwicklung einzelner Bakterien werden aufgrund der vierteljährlichen Meldung des für die Klinik arbeitenden Hygieneinstituts erfasst und in die Behandlungsschemata eingearbeitet.

Risikomanagement

Als ein wesentlicher Bestandteil unseres Qualitätsmanagementsystems wurde ein Risikomanagementsystem etabliert. Hierzu wurden sämtliche diagnostischen und therapeutischen Prozessabläufe in der Verbindung zwischen Arzt und Patient im Zeitraum von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung entsprechend den Leit- und Richtlinien der medizinischen Fachgesellschaften standardisiert und verbindlich festgeschrieben. Jeder einzelne Schritt im Kontakt zwischen Patient und Arzt zum Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Entlassung nach stationärer und ambulanter Behandlung sowie die Kommunikation zwischen Klinik und vor- und nachbehandelndem Arzt orientieren sich in ihrem Ablauf damit an den Leit- und Richtlinien der medizinischen Fachgesellschaften und gewährleisten den Patienten ein Höchstmaß an Sicherheit im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlung in unserer Klinik.

Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen

Zusammen mit der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin führt die Chirurgische Klinik eine monatliche Mortalitätsbesprechung durch. Dabei werden evtl. Todesfälle im Behandlungszeitraum entsprechend der vorliegenden medizinischen Dokumentation nachträglich nochmals analysiert und dabei das Krankheitsbild, die diagnostischen Schritte und die daraus abgeleiteten Behandlungsmaßnahmen interdisziplinär diskutiert. Es erfolgt der Abgleich mit den Leit- und Richtlinien der medizinischen Fachabteilungen. Konsequenzen aus der interdisziplinären Fallbesprechung fließen in die standardisierten Behandlungsschemata der Klinik ein.

Überprüfung der Umsetzungsqualität des nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“

Im Jahre 2004 wurde durch eine Projektgruppe unter Leitung der Wundmanagerin ein Konzept zur Einführung des Expertenstandards erarbeitet und in folge umgesetzt.

Seit Einführung des Expertenstandards werden alle Dekubitalulcera schriftlich gemeldet und von der Wundmanagerin visitiert und digital fotografiert. Die Meldungen werden statistisch erfasst und ausgewertet. Im Ergebnis ist der Anteil von erworbenen Dekubiti im Verhältnis zu den stationären Fällen unter dem statistischen veröffentlichten Bundesdurchschnitt. Des Weiteren erfolgt eine Überprüfung, inwieweit alle Patienten, bei denen der Einsatz einer Dekubitusmatratze zur Dekubitusprophylaxe oder Dekubitustherapie indiziert ist, die für sie geeignete Dekubitusmatratze erhalten haben. Die Auswertung erfolgt jährlich und die Ergebnisse werden in die einzelnen Bereiche kommuniziert und sind Bestandteil der Managementbewertung.

Überprüfung der Umsetzungsqualität des nationalen Expertenstandards „Sturzprophylaxe in der Pflege“

Eine schriftliche Meldung von Patientensturzereignissen findet bereits seit Jahren statt. Seit 2004 werden diese Meldungen statistisch erfasst und ausgewertet. Die Ergebnisse werden jährlich den Einzelbereichen mitgeteilt und sind Bestandteil der Managementbewertung.

Wundzirkel

Um die Qualität der Wundversorgung in unserem Hause ständig zu verbessern, wurde unter Leitung einer zertifizierten Pflegetherapeutin „Wunde ICW“ ein interdisziplinärer Wundzirkel gebildet. Hier sind Pflegekräfte aus allen Bereichen des Krankenhauses vertreten.

Weitere qualitätssichernde Maßnahmen in 2020

Bereich / Abteilung	interne Prüfung	externe Prüfung	Kommentar
Abrechnung von DRG's	X	X	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
Stationen, Ambulanz, Anästhesie, OP, Intensivstation	X	X	Medikamentenprüfung: Verfalldatum, Lagerbestände 2 x jährlich durch den Apotheker der Lieferapotheke
ärztlicher und pflegerischer Dienst	X	X	Prüfung des sachgemäßen Umgangs mit Betäubungsmittel durch den Apotheker, das Gesundheitsamt und den Verantwortlichen für die entsprechende Verfahrensanweisung
Krankenhaus	X		regelmäßige Begehung durch die Hygienefachkraft
Krankenhaus		X	jährliche Begehung durch das Gesundheitsamt
Mitarbeiter Pflege- und Funktionsdienst	X		Schulungen zum Notfallmanagement (Teilnahme verpflichtend)
alle Mitarbeiter des Krankenhauses	X		Schulungen zum Brandschutz (Teilnahme verpflichtend)
Hausreinigung	X	X	Überprüfung der Reinigungsleistung
Medizintechnik	X	X	Wartungskontrollen, Einweisungen in den Umgang mit medizinischen Geräten, jährliches Lieferantenaudit
OP	X	X	Wartung/Überprüfung der Klimaanlage, Austausch Lüftungsfiler, Begehung durch die Hygienefachkraft
OP		X	Zertifizierung des ambulanten Augen-OP's
Krankenhaus	X	X	Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001
Diabetologie	X	X	Zertifizierung nach QMKD/DIN EN ISO 9001
EndoProthetikZentrum	X	X	Zertifiziertes Zentrum ClarCert
Regionales Traumazentrum	X	X	Zertifiziertes Zentrum
Krankenhaus	X		Jährliche Datenschutzaudits
Krankenhaus		X	Risikoaudits in den Fachabteilungen Medizinische Klinik, Allgemein- und Visceralchirurgie sowie Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie
Krankenhaus		X	Begehung durch die Berufsgenossenschaft
Krankenhaus	X		Begehungen durch die externe Fachkraft für Arbeitssicherheit
Technische Abteilung	X		Überprüfung der technischen Anlagen wie z.Bsp. Strom-/Notstromversorgung
Wirtschaftsabteilung	X		Abfallmanagement
Medizincontrolling	X		Überprüfung der Codierqualität

D-4 Tabelle 1: Übersicht der internen und externen qualitätssichernden Maßnahmen

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Das St. Antonius Krankenhaus führte im Berichtsjahr 2020 die folgenden Qualitätsprojekte durch:

Schüler leiten eine Station

Am 11. und 12. Mai 2020 in der Zeit von 08:00 bis 16:00Uhr fanden die notwendigen Vorbereitungen / Einweisungen der Schüler statt. Die Praxisanleiter sowie Geräteeinweiser und die Leitung der Station haben die Schüler auf die Arbeitsabläufe in den verschiedenen Schichten vorbereitet. Eine Hygieneeinweisung fand durch die Hygienefachkraft statt. Die häufigsten auf der Station anzutreffenden Erkrankungen und deren Pflegemaßnahmen worden nochmals wiederholt. Fragen der Schüler worden geklärt. Die Mitarbeiter der Station worden über die Aufgaben der Schüler informiert und nahmen an den 3 Tagen (13.-15.05.2020), an denen die Schüler die Station selbständig leiteten, die Schülerfunktion ein.

Die Schüler leiteten eigenständig die Station. Jeweils ein Praxisanleiter sowie die Mitarbeiter der Station unterstützten die Schüler dabei. Die Schüler wurden dabei durch die Mitarbeiterin für Öffentlichkeitsarbeit mit Fotos oder kleineren Videos begleitet. Die Schüler evaluierten nach jeder Schicht ihren Dienst (im Frühdienst inkl. Leitung).

Am 15.05.2020 werteten die Schüler das Projekt anhand eines Feedbackbogens aus und gaben diesen an die Pflegedirektion.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Schüler dieses Projekt sehr gut fanden und ihnen eine gute Hilfestellung für den Start in ihr Berufsleben als Pflegefachkräfte gab.

Einführung von e-Learning

Jahrelang fanden die Pflichtschulungen in unserer Einrichtung immer als Präsenzs Schulungen statt. Diese Form der Schulung bindet sehr viel Arbeitszeit, ist geprägt von Unterbrechungen und frühzeitigem Verlassen der Fortbildung durch hohes Arbeitsaufkommen. Zum Nachweis mussten Teilnehmerlisten geführt und archiviert werden. Auswertungen zu den Schulungen waren nur "händig" möglich.

Unter Nutzung eines externen Anbieters sollte die Möglichkeit geschaffen werden, die derzeitigen Pflichtschulungen für die Mitarbeiter in einem modernen Format zur Verfügung zu stellen. Die Schulungen sollten nicht mehr als fester Termin angeboten werden, sondern die Mitarbeiter haben die Möglichkeit flexibel die einzelnen Kurse abzurufen und diese zu bearbeiten. Über die zeitliche Durchführung der Kurse kann der Mitarbeiter frei entscheiden.

Zunächst wurde die erforderliche Software installiert und den entsprechenden Link im Intranet plaziert.

In der Software wurden die einzelnen Kurse eingerichtet:

- *Arbeitssicherheit
- *Brandschutz
- *Datenschutz
- *Hygieneschutz

*Händehygiene

*Transfusionsmedizin

*Strahlenschutz

Zwei Mitarbeiter wurden als Admins geschult und in die Funktion der Software eingewiesen. Durch den externen Anbieter wurden die Mitarbeiterdaten importiert und die jeweiligen Kurse zugeordnet. Nach Freischaltung der Software wurden die Mitarbeiter in ihren jeweiligen Bereiche geschult. Nach einer kurzen Eingewöhnungsphase mit Hilfestellung durch die beiden Admins laufen die Schulungen völlig problemlos. Die Mitarbeiter haben nun die Möglichkeit die Kurse während der Dienstzeit zu bearbeiten, oder in ihrer Freizeit, auch über mobile Endgeräte, mit einer entsprechen Zeitgutschrift auf ihre Arbeitszeitkonto. Zum Nachweis der Durchführung der Kurse drucken die Mitarbeiter die Zertifikate aus und reichen diese bei der Personalabteilung ein. Über die Software kann eine Auswertung durchgeführt werden, die Auskunft darüber gibt wie viele Mitarbeiter die Kurse abgeschlossen haben.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das St. Antonius Krankenhaus führte im Berichtsjahr 2020 die folgenden Bewertungen des Qualitätsmanagements durch:

Zertifizierung der OP-Organisation für ambulante Katarakt-Operationen

Die OP-Organisation für ambulante Katarakt-Operationen wurde erstmals 2005 zertifiziert. Das Zertifikat hat eine Gültigkeitsdauer von drei Jahren und muss dann erneuert werden. Gleichzeitig unterliegt das Zertifikat einem jährlich stattfindenden Überprüfungsaudit. Während den Überprüfungsaudits wird die korrekte Einhaltung moderner krankhaushygienischer Standards bezüglich räumlicher Ausstattung, Arbeitsabläufen und personeller Strukturen entsprechend den durch das BZH (Beratungszentrum für Hygiene) definierten Anforderungen an das Hygienemanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens überprüft. Das derzeitige Zertifikat hat eine Gültigkeit bis Januar 2020. Nach einem Re-Zertifizierungsaudit in Februar 2020 wurde die bestehende Zertifizierung bis zum 31.01.2023 verlängert.

Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015

Nach dem das St. Antonius Krankenhaus im Januar 2007 nach dem KTQ-Verfahren zertifiziert wurde, erfolgte ab 2009 die Anpassung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems an die Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2008. Im Juli 2010 wurde das Krankenhaus erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. In den Jahren 2011 und 2012 wurde das bestehende Qualitätsmanagementsystem durch externe Überwachungsaudits überprüft.

Im Juni 2013 erfolgte die Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008 für die Gesamteinrichtung.

In den Jahren 2014 und 2015 erfolgten die nach DIN EN ISO 9001:2008 erforderlichen Überwachungsaudits.

Neben der erfolgreichen 2. Rezertifizierung konnte auch das bestehende Qualitätsmanagementsystem an die Forderungen der DIN EN ISO 9001:2015 angepasst werden.

In 2019 erfolgte die 3. Re-Zertifizierung. Das Zertifikat wurde mit einer Gültigkeit bis zum 21.07.2022 ausgestellt. In 2020 wurde das Überwachungsaudit erfolgreich durchgeführt.

Umstellung des Zertifizierungs-Verfahrens für das Kardio-Diabetes Zentrums

In 2013 erfolgte eine Umstellung des QM-Systems von bisher KTQ nach DIN EN ISO 9001:2008. Nach kurzer Vorbereitungszeit konnte der oben genannte Bereich im November 2013 erfolgreich nach dem neuen System zertifiziert werden.

Die 3. Rezertifizierung erfolgte im November 2016. Das Kardio-Diabetes Zentrum wurde 2019 zum 4. Mal erfolgreich Re-zertifiziert. Gültigkeit des Zertifikats bis zum 19.11.2022.

Zertifizierung EndoProthetikZentrum St. Antonius Krankenhaus Köln-Süd

Im November 2014 erfolgte das Zertifizierungsaudit durch das Zertifizierungsinstitut ClarCert. Die Vorgaben der Initiative EndoCert zur Zertifizierung eines EndoProthetikZentrums als qualitätssichernde Maßnahme im Bereich der endoprothetischen Versorgung wurden erfüllt. Die Zertifikatserteilung erfolgte im Januar 2015. Im November 2015 und 2016 wurde die Erfüllung der Qualitätsanforderungen im Rahmen der externen Überwachungsaudits nachgewiesen. Die erste Re-Zertifizierung erfolgte im Dezember 2017. Das erste Überwachungsaudit im 2. Zyklus erfolgte im Dezember 2018. In 2019 erfolgte das zweite Überwachungsaudit, die Re-Zertifizierung ist für 2020 geplant. Das Audit zur dritte Re-Zertifizierung erfolgte im Dezember 2020. Das Zertifikat ist bis Mai 2024 gültig.

Zertifizierung Traumzentrum St. Antonius Krankenhaus Köln

Nach kurzer Vorbereitungszeit konnte sich das Krankenhaus im Dezember 2016 erfolgreich nach den Anforderungen zur "Behandlung von Schwerverletzten in Übereinstimmung mit den Empfehlungen zur Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie – Weißbuch – und den Richtlinien TraumaNetzwerk DGU" zertifizieren. In 2019 erfolgte die Re-Zertifizierung und die Anerkennung als Regionales Traumazentrum.

Lieferantenaudit

Zur Erfüllung der Normanforderung zur Lenkung und Überwachung von ausgegliederten Prozessen können sogenannte Lieferantenaudits durchgeführt werden. Im Bereich der Medizintechnik erfolgt jährlich ein Lieferantenaudits. Andere externe Lieferanten wie die Küche, die Hausreinigung oder auch die Wäscherei nehmen an den monatlichen Stationsleiterrunden teil.

Interne Audits

Die internen Audits dienen dazu, Schwachstellen und Fehler frühzeitig zu erkennen, zu korrigieren und dazu das Qualitätsniveau in unserem Krankenhaus zu erhalten bzw. zu verbessern. Jährlich führen wir ein Systemaudit in allen Bereichen durch. Es bezieht sich sowohl auf die Struktur des Krankenhauses (Aufbauorganisation) als auch auf die ablaufenden Prozesse (Ablauforganisation). Hierdurch wird die Wirksamkeit unseres Qualitätsmanagementsystems beurteilt. In 2018 erfolgte eine Umstellung des Auditsystems. Es werden jetzt jährlich System- und Verfahrensaudits durchgeführt. Im 3-Jahreszyklus werden alle Bereiche und Verfahrensabläufe auditiert. Die Ergebnisse werden in einem Abschlußbericht dargestellt und fließen in die jährliche Managementbewertung ein. Die in 2018 erreichte durchschnittliche Bewertung lag bei den Systemaudits bei 93% und bei den Verfahrensaudits bei 92%. Des Weiteren finden auch regelmäßige Datenschutzaudits in den Bereichen statt.

2019 wurden im Rahmen des internen Audits 10 Systemaudits mit einer durchschnittlichen Bewertung von 94 % durchgeführt. Des Weiteren wurden 54 Verfahren überprüft, die durchschnittlichen Bewertung

lag bei 90 %. Das im Oktober 2020 durchgeführte interne Audit ergab die folgenden Ergebnisse:
Durchschnittliche Bewertung der Systemaudits mit 94 % und Verfahrensaudits mit 90 %.

Managementbewertung

Die jährliche Managementbewertung gibt einen Überblick über den Stand und die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und dient zur Information, um geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems einleiten zu können. Die Bewertung erfolgt unter anderem anhand von Prozesskennzahlen wie z.B. aus den Bereichen Mitarbeiterqualifikation, Hygiene, Diabetologie, Ergebnissen aus den Patientenbefragungen sowie der Auswertung des Beschwerdemanagements.

St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH
Schillerstrasse 23
50968 Köln [Bayenthal]

Tel.: 0221 3793-0
Fax: 0221 3793-1019

www.antonius-koeln.de
info@antonius-koeln.de

Das St. Antonius Krankenhaus steht in der Trägerschaft der
St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH.
Alleiniger Gesellschafter ist die Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln.

Sitz der Gesellschaft: Köln
Amtsgericht Köln
HRB 35861

Geschäftsführer
Heidi Jansen
Dieter Kesper

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau Heidi Jansen
als Geschäftsführerin, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und
Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.