

Qualitätsbericht 2018

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1
Nummer 3 SGB V über das Berichtsjahr 2018





Vorwort

Die Stiftung der Cellitinnen e.V. gründet sich auf dem karitativen Engagement von Ordensschwwestern. Im Januar 2001 zogen sich die Ordensschwwestern 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
 - 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 Krankbetten projektierte Haus in Betrieb. Heute stehen 217 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 moderne Medizin in einem patientenorientierten Umfeld anzubieten. Gleichzeitig ist es als konfessionelles Krankenhaus bedeutsam, den seelischen und spirituellen Dimensionen des Krankseins sowie der Gesundheit 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

	Einleitung	3
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	11
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	12
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	12
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	13
A-3a	Organisationsstruktur des Krankenhauses	13
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	13
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	15
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	17
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	18
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	18
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	19
A-8.3	Forschungsschwerpunkte	21
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	21
A-10	Gesamtfallzahlen	21
A-11	Personal des Krankenhauses	21
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	21
A-11.2	Pflegepersonal	21
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	22
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	23
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	24
A-12.1	Qualitätsmanagement	24
A-12.1.1	Verantwortliche Person	24
A-12.1.2	Lenkungsgremium	25
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	25
A-12.2.1	Verantwortliche Person	25
A-12.2.2	Lenkungsgremium	25
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	25
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	26
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	26
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	27
A-12.3.1	Hygienepersonal	27
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	27
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	27
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie	28
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	28
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	29
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	29

A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	29
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	30
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	30
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	30
A-12.5.2	Verantwortliche Person	30
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	31
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung	32
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	33
B-1	Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum	35
B-1.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-1.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-1.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	35
B-1.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-1.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	37
B-1.6	Hauptdiagnosen nach ICD	37
B-1.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	38
B-1.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-1.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	40
B-1.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	41
B-1.11	Personelle Ausstattung	41
B-1.11.1	Ärzte und Ärztinnen	41
B-1.11.2	Pflegepersonal	42
B-2	Fachabteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie	44
B-2.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-2.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-2.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	44
B-2.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-2.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	46
B-2.6	Hauptdiagnosen nach ICD	46
B-2.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	47
B-2.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	47
B-2.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	49
B-2.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	50
B-2.11	Personelle Ausstattung	50
B-2.11.1	Ärzte und Ärztinnen	50
B-2.11.2	Pflegepersonal	51
B-3	Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie	53
B-3.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-3.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung	53
B-3.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	53

B-3.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-3.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	56
B-3.6	Hauptdiagnosen nach ICD	56
B-3.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	57
B-3.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	57
B-3.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	65
B-3.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	65
B-3.11	Personelle Ausstattung	65
B-3.11.1	Ärzte und Ärztinnen	65
B-3.11.2	Pflegepersonal	66
B-4	Belegarztabteilung Augenheilkunde	68
B-4.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung	68
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-4.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-4.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	69
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD	69
B-4.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	69
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	70
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	70
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	70
B-4.11	Personelle Ausstattung	70
B-4.11.1	Ärzte und Ärztinnen	70
B-4.11.2	Pflegepersonal	71
B-5	Fachabteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	72
B-5.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-5.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung	72
B-5.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	73
B-5.6	Hauptdiagnosen nach ICD	73
B-5.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	73
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	73
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	73
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	74
B-5.11	Personelle Ausstattung	74
B-5.11.1	Ärzte und Ärztinnen	74
B-5.11.2	Pflegepersonal	75
B-6	Radiologie	76
B-6.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung	76

B-6.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-6.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	76
B-6.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-6.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	77
B-6.6	Hauptdiagnosen nach ICD	77
B-6.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	77
B-6.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	77
B-6.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	78
B-6.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	78
B-6.11	Personelle Ausstattung	78
B-6.11.1	Ärzte und Ärztinnen	78
B-6.11.2	Pflegepersonal	78
C	Qualitätssicherung	79
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	80
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate	80
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung	80
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	111
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	111
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	111
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	112
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	112
C-5.2	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	112
C-5.2.1	Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	112
C-5.2.2	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden	112
C-5.2.3	Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	112
C-5.2.4	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	112
C-5.2.5	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	113
C-5.2.6	Übergangsregelung	113
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	113
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V	113
D	Qualitätsmanagement	115
D-1	Qualitätspolitik	116
D-2	Qualitätsziele	116
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	119
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	121
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	127
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	128

Summary

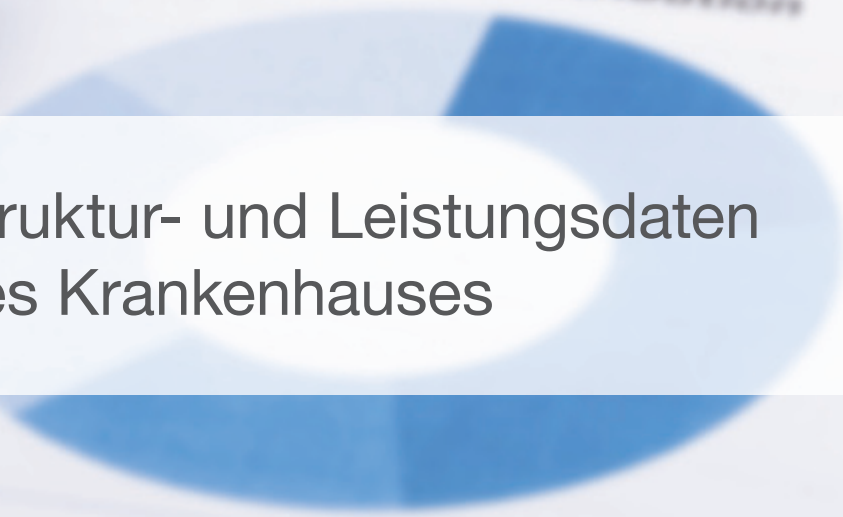
Market Share



Shrinkage



Contribution



Struktur- und Leistungsdaten
des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH
Institutionskennzeichen: 260530454
Standortnummer: 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

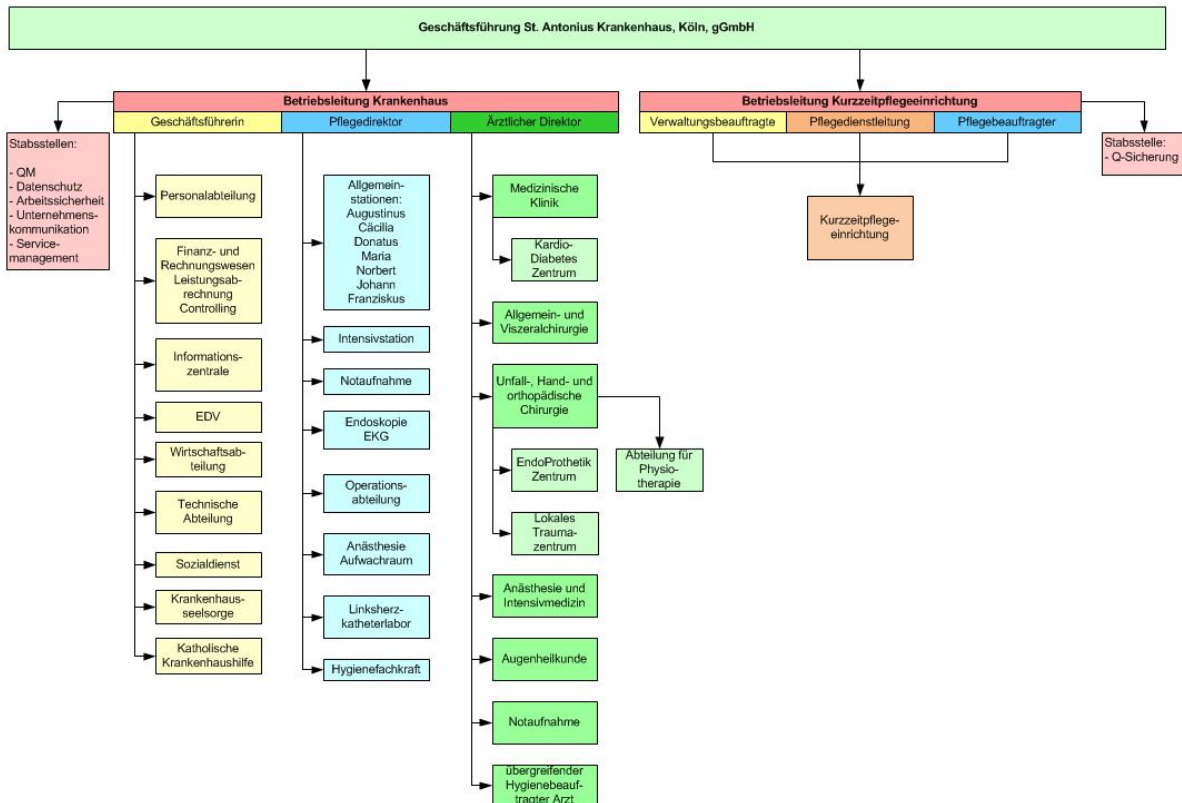


Abbildung: Organigramm des Krankenhauses

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: nein

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	
MP06	Basale Stimulation	geschulte Mitarbeiter im Pflegedienst und in der physiotherapeutischen Abteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden	Pflegekonzept zum Umgang mit Sterbenden und Tod, Sterbe- und Trauerbegleitung, Verabschiedungsraum
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 / Überleitungspflege	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 / Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie / -management	
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 Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	z. Bsp. Beratung zur Sturzprophylaxe und Dekubitusprophylaxe, Anleitung zu pflegerischen Maßnahmen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	z. Bsp. Pflegevisiten, pflegerische Wundvisite, Angehörigen- und Patientenschulung
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie	z. Bsp. funktionelle Bewegungslehre

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
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		
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM14	Ausstattung der Patientenzimmer: Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	Kostenloses Basispaket bestehend aus: TV (ARD/ZDF/WDR), Radio und Telefonie (Gespräche ins deutsche Fest- sowie Mobilfunknetz). Komplettpaket für 2,90 € pro Tag bestehend aus: TV (24 Sender, zzgl. 6 Sky-Sender), Radio, Internet (über Bildschirm) und Telefonie (siehe oben).
NM15	Ausstattung der Patientenzimmer: Internetanschluss am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	Internet ist Bestandteil des Komplettpaketes für 2,90 € pro Tag
NM17	Ausstattung der Patientenzimmer: Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 Euro	Kostenloses Basispaket bestehend aus: TV (ARD/ZDF/WDR), Radio und Telefonie (Gespräche ins deutsche Fest- sowie Mobilfunknetz). Komplettpaket für 2,90 € pro Tag bestehend aus: TV (24 Sender, zzgl. 6 Sky-Sender), Radio, Internet (über Bildschirm) und Telefonie (siehe oben).

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM18	Ausstattung der Patientenzimmer: Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 Euro Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,00 Euro Kosten pro Minute bei eingehenden Anrufen: 0,00 Euro	Kostenloses Basispaket bestehend aus: TV (ARD/ZDF/WDR), Radio und Telefonie (Gespräche ins deutsche Fest- sowie Mobilfunknetz). Komplettpaket für 2,90 € pro Tag bestehend aus: TV (24 Sender, zzgl. 6 Sky-Sender), Radio, Internet (über Bildschirm) und Telefonie (siehe oben).
NM19	Ausstattung der Patientenzimmer: Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer		
NM01	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
NM30	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Tag: 0,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 0,00 Euro (maximal)	
NM36	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Schwimmbad / Bewegungsbad		
NM48	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Geldautomat		Bargeldlose Bezahlung mittels EC-Karte möglich
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	http://www.antonius-koeln.de/-Patienteninfo_Wahlleistungen.-htm?ActiveID=1074	
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge	http://www.antonius-koeln.de/-Seelsorge.htm?ActiveID=1096	Katholische und evangelische Seelsorge sowie regelmäßige Gottesdienste werden angeboten.
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen	http://www.antonius-koeln.de/-Aktuell.htm	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.
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Tägliches Angebot von drei unterschiedlichen Menüs (Vollkost, Schonkost, vegetarische Kost). Besondere Kostformen aufgrund von Allergien oder aus kulturellen/religiösen Gründen möglich.	
NM67	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Andachtsraum		Krankenhauseigene Kapelle
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum		

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF04	Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen: Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	Teilweise neues Patientenleitsystem
BF06	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	
BF07	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen	
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	Im Bedarfsfall können geeignete Betten und Hilfsmittel für Höhergewichtige bereitgestellt werden.

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter	
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien: Diätetische Angebote	Beratung durch Diätassistentin und zur Verfügungstellung besonderer Kostformen durch die Küche.
BF25	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienst	Fremdsprachenliste wird vorgehalten.
BF26	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF32	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Räumlichkeiten zur Religionsausübung 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
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin / Physiotherapeut und Physiotherapeutin	in Kooperation mit der Döpfer-Schule
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	in Kooperation mit der Döpfer-Schule
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB09	Logopäde und Logopädin	in Kooperation mit der Döpfer-Schule
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	in Kooperation mit der Louise von Marillac-Schule

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

Schillerstrasse 15

50968 Köln

Tel.: 0221/34039730

E-Mail: m.matthiesen@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 im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl: 222

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 9.625

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 14.868

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	54,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	54,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	54,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Fachärztinnen/ –ärzte	29,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	29,8
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	29,8
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	4

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	141,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	140,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,3	
– davon stationäre Versorgung	141,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelfer/ –innen	6,5	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	8,95	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,95	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8,95	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	7,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	7,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

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

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	1	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	1	Kooperation
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1	Kooperation
	– davon stationäre Versorgung	1	Kooperation
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	0,8	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0,8	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP14	Logopäde und Logopädin / Klinischer Linguist und Klinische Linguistin / Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin / Phonetiker und Phonetikerin	2	Kooperation
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	2	Kooperation
	– davon stationäre Versorgung	2	Kooperation
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP15	Masseur / Medizinischer Bademeister und Masseurin / Medizinische Bademeisterin	0,8	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,8	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	0,8	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	2	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater / zur Diabetesberaterin	3,5	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,5	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	3,5	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	2	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	1	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	10,5	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,5	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	10,5	
	– 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	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	8,5	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,5	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	8,5	
	– davon ambulante Versorgungsformen	0	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,3	
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,3	
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
	– davon stationäre Versorgung	2,3	
	– 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, Qualitätsmanagementbeauftragter, klinischer Risikomanager
 Telefon: 0221 / 3793 - 1212
 Telefax: 0221 / 3793 - 1219

E-Mail: lawrenz@antonius-koeln.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführung Krankenhausbetriebsleitung Chefärzte
 Funktionsbereiche: 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: 01.09.2018
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
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 17.09.2015
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: quartalsweise
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: bei Bedarf

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

Ja, Tagungsfrequenz: 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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF06	CIRS NRW (Ärztikammern 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
Krankenhaustygieniker und Krankenhaustygienikerinnen	1	Das Krankenhaus verfügt über eine externe beratende Krankenhaustygienikerin, die vom betreuenden Labor gestellt wird.
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	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 / Arbeitsschwerpunkt: 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: Kopphaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert: 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
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	ja

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin 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: 92 ml/Patiententag
 Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 30 ml/Patiententag
 Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

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

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

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		
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen 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 Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen 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	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Fuß Marita Patientenfürsprecherin Telefon: 0221 / 3793 - 64543 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.
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Kontaktformular: http://www.antonius-koeln.de/-Patientenfragebogen.htm Anonyme Beschwerden können auch jederzeit über den Patientenfragenbogen auf der Homepage des Krankenhauses eingegeben werden.
BM09	Patientenbefragungen	
BM10	Einweiserbefragungen	

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
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.

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 Arzneimittel-anamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Name: standardisierte Anamnesebögen im KIS Letzte Aktualisierung: 05.11.2019
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittel-anamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientendaten 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 Kap. 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	
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen

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

A blurred photograph of a hospital hallway. In the center, a person in a white lab coat stands near a closed elevator. Other people in white coats are visible in the foreground and background, their figures out of focus. The hallway has a polished floor and a ceiling with recessed lighting.

Struktur- und Leistungsdaten
der Organisationseinheiten /
Fachabteilungen

1	Medizinische Klinik, Kardio-Diabetes Zentrum	35
2	Fachabteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie	44
3	Fachabteilung für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie	53
4	Belegarztabteilung Augenheilkunde	68
5	Fachabteilung für Anästhesie und Intensivmedizin	72
6	Radiologie	76

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

Chefärzte

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 Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
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 Patienten und Patientinnen 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
VI36	Mukoviszidosezentrum
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
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 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

siehe hierzu die Liste unter dem **Punkt A7** (Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses) im Bericht.

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 6.153
 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	408
2	I50	Herzschwäche	330
3	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	277
4	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	258
5	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	241
6	E86	Flüssigkeitsmangel	235
7	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	221
8	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	209
9	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	172
10	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	158
11	I21	Akuter Herzinfarkt	152
12	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	135
13	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	134
14	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	118
15	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	112

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
16	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	89
17	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	85
18	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	84
19	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	77
20	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	64
21	N17	Akutes Nierenversagen	62
22	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	56
23	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	53
24	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	52
25	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	51
26 – 1	R42	Schwindel bzw. Taumel	50
26 – 2	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	50
28	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	47
29	K25	Magengeschwür	44
30	J69	Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut	41

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	1.772
2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	941
3	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	668
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	659
5	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	552
6	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	486
7	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	460
8	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	420
9	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	220
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	216

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene 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 Abs. 1 SGB V

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
Spezialsprechstunde

Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

Angebotene 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

Angebotene Leistung

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

Angebotene 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)
 Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
 Endoskopie

diabetologische Spezialambulanz

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

Angebotene Leistung

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

stationersetzen ambulante Behandlung

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene Leistung

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

Podologische Ambulanz

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

Angebotene 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	255

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
2	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	4
3	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	< 4

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Arzt oder Ärztin 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 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	28,05
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,05
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	28,05
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	13,55
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,55
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	13,55
– 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
ZF07	Diabetologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF44	Sportmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	75,2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	74,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,3	
– davon stationäre Versorgung	75,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelfer/ –innen	4,2	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	3	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
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/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ12	Notfallpflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

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

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

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Jan Brabender
 Funktion / Arbeits-
 schwerpunkt: Arzt für Chirurgie, Visceralchirurgie, Proktologie, spezielle Visceralchirurgie, Europäischer Facharzt für Koloproktologie EBSQ
 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 Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie	
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe	
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 Enddarmkrankungen
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 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

siehe hierzu die Liste unter dem **Punkt A7** (Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses) im Bericht.

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 985
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 47

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K40	Leistenbruch (Hernie)	97
2	K80	Gallensteinleiden	76
3	K35	Akute Blinddarmentzündung	68
4	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	54
5	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	47
6	K42	Nabelbruch (Hernie)	34
7 - 1	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	33
7 - 2	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	33
9	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	32
10	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	27
11 - 1	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	25
11 - 2	K81	Gallenblasenentzündung	25
13	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Anus oder Mastdarms	22
14 - 1	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Anus	19
14 - 2	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	19
14 - 3	K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Anus	19
17 - 1	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	16
17 - 2	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	16
19	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	15
20 - 1	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	13
20 - 2	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	13
22	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	12
23 - 1	L72	Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut	11
23 - 2	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	11
25 - 1	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	10
25 - 2	K63	Sonstige Krankheit des Darms	10
27 - 1	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	9
27 - 2	R15	Unvermögen, den Stuhl zu halten (Stuhlinkontinenz)	9

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	8
30 – 1	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdeile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	7

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-469	Sonstige Operation am Darm	170
2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	115
3	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	108
4	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	97
5	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	95
6	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	92
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	73
8	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	71
9	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	59
10	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	58

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene 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

Angebotene Leistung

- 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

Angebotene Leistung

- Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie

Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

Angebotene Leistung

- Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
- 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

Angebotene Leistung

- Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
- Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
- Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie

Herniensprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene 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

Angebotene Leistung
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie

MIC-Sprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene 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

Angebotene 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	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	4
1 – 2	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	4
1 – 3	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	4
4 – 1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
4 – 2	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4
4 – 3	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
4 – 4	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4
4 – 5	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
4 – 6	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
4 – 7	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	< 4
4 – 8	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknoten	< 4
4 – 9	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	< 4
4 – 10	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	< 4

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Arzt oder Ärztin 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 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ54	Radiologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	11,1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	11,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	2	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
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/ 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
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP05	Entlassungsmanagement

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

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

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Tim Lögters
Funktion / Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Handchirurgie, Europäischer
Arbeits- 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 Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen / Plastiken	
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	
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie	
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie / Plastische Chirurgie	
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
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	
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	
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 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF11	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Besondere personelle Unterstützung

siehe hierzu die Liste unter dem **Punkt A7** (Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses) im Bericht.

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 2.155
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 31

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	204
2	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	155
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	144
4	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	114
5	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	102
6	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	101
7	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	96
8	M54	Rückenschmerzen	93
9	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	85
10	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	74
11	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	67
12	M75	Schulterverletzung	59
13	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	53
14	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	50
15	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	41
16	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	35
17	S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	25
18	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	24
19	S80	Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	22
20 – 1	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	20
20 – 2	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	20

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20 – 3	S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	20
23 – 1	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	18
23 – 2	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	18
25 – 1	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	16
25 – 2	M65	Entzündung der Gelenkinnenhaut bzw. der Sehnenscheiden	16
25 – 3	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	16
28	S61	Offene Wunde im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	13
29 – 1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	12
29 – 2	M70	Krankheit des Weichteilgewebes aufgrund Beanspruchung, Überbeanspruchung bzw. Druck	12

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	577
2	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	321
3	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	247
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	235
5	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	177
6	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	139
7	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	130
8	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	124
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	111
10	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	110

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angeborene Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen

Angebotene Leistung

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 Lumbosakralgegend, 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 Handgelenkes 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 Knöchelregion 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
Fußchirurgie
Handchirurgie
Schulterchirurgie
Sportmedizin / Sporttraumatologie
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

Angebotene Leistung

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
Traumatologie
Kindertraumatologie
Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
Projektionsradiographie: Fluoroskopie / Durchleuchtung als selbstständige Leistung
Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren

Durchgangszärtliche Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Angebotene Leistung

Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
Projektionsradiographie: Fluoroskopie / Durchleuchtung als selbstständige Leistung
Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
Kindertraumatologie
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
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, 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 Handgelenkes und der Hand
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels

Angebotene Leistung

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
Fußchirurgie
Handchirurgie
Sportmedizin / Sporttraumatologie
Allgemein: Arthroskopische Operationen
Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
Allgemein: Notfallmedizin

prä- und poststationäre Behandlung

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

Angebotene 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 Lumbosakralgegend, 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 Handgelenkes 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 Knöchelregion 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

Angebotene Leistung

Fußchirurgie
Handchirurgie
Schulterchirurgie
Sportmedizin / Sporttraumatologie
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 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
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

Angebotene Leistung

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

Angebotene Leistung

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
Fußchirurgie
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
Sportmedizin / Sporttraumatologie
Traumatologie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Allgemein: Arthroskopische Operationen

Sprechstunde für Schulter-, Knie- und Sportverletzungen

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene 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
Handchirurgie
Schulterchirurgie
Sportmedizin / Sporttraumatologie
Allgemein: Arthroskopische Operationen

Angebotene Leistung

Allgemein: Notfallmedizin
 Spezialsprechstunde
 Endoprothetik
 Traumatologie

Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

Angebotene 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 Lumbosakralgegend, 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 Handgelenkes 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 Knöchelregion und des Fußes
 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
 Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
 Fußchirurgie
 Handchirurgie
 Schulterchirurgie
 Sportmedizin / Sporttraumatologie
 Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
 Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
 Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
 Allgemein: Arthroskopische Operationen

Angebotene Leistung

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

Schmerztherapie / Multimodale Schmerztherapie

Traumatologie

Kindertraumatologie

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 Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)

Angebotene 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	106
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	41
3	5-841	Operation an den Bändern der Hand	37
4 – 1	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	31
4 – 2	5-849	Sonstige Operation an der Hand	31
6	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	30
7	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	15
8	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	12
9	5-898	Operation am Nagel	10
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	9

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,8
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,8
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,8
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5
– 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
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
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 Krankenpfleger/ –innen	26,9	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	25,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon stationäre Versorgung	26,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelfer/ –innen	2,3	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	3,95	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,95	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,95	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Operationstechnische Assistenz	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
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/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

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

B-4 Belegarztteilung Augenheilkunde

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

Chefärzte

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

Belegärzte:

Dr. med. B. de Ruiter

Prof. Dr. med. Ph. C. Jacobi

PD Dr. med. R. Krott

Dr. med. R. Neuber

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

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
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 Refraktionsfehlern
VA13	Anpassung von Sehhilfen
VA15	Plastische Chirurgie
VA18	Laserchirurgie des Auges

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

siehe hierzu die Liste unter dem **Punkt A7** (Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses) im Bericht.

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 333
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 1

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	331
2	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	< 4

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	332
2	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	11
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	4
4 – 1	5-143	Operative Entfernung der Augenlinse mit ihrer Linsenkapsel	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4 – 2	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	< 4
4 – 3	5-995	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Operation nicht komplett durchgeführt)	< 4

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	724
2	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	657
3	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	590
4 – 1	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidtieferstand	< 4
4 – 2	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	< 4
4 – 3	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- Arzt oder Ärztin 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 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl ¹
Belegärztinnen/ –ärzte (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 Krankenpfleger/ -innen	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/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ08	Pflege im Operationsdienst

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

Chefärzte

Name: Dr. med. Thomas Wolf
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: D.E.A.A., Arzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin
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 Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

siehe hierzu die Liste unter dem **Punkt A7** (Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses) im Bericht.

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

Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)

Angebotene 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

- Arzt oder Ärztin 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 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	8,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,25
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	8,25
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,25
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,25
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten 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
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	27,9	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	27,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	27,9	
– 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/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

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

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

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 Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

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
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
VR44	Allgemein: Teleradiologie

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung

siehe hierzu die Liste unter dem **Punkt A7** (Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses) im Bericht.

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	769
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	492
3	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	365
4 – 1	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	328
4 – 2	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	328
6	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	222
7	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	151
8	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	142
9	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	119
10	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	110

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

- Arzt oder Ärztin 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 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

0 Stunden

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

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	59	100,00%
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	9	100,00%
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation	7	100,00%
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	5	100,00%
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	< 4	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	10	100,00%
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	45	100,00%
Pflege: Dekubitusprophylaxe	309	100,00%
Hüftendoprothesenversorgung	142	100,00%
– Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	131	100,00%
– Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	13	100,00%
Knieendoprothesenversorgung	76	100,00%
– Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	74	100,00%
– Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	< 4	
Ambulant erworbene Pneumonie	354	100,00%

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	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / QSKH	98,69 %	≥ 95,00 %	entf. O	N01 O
nein / Hinweis 1 (S. 100)	98,6 - 98,78		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat): Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 100)	98,12 % 98,02 - 98,22	≥ 95,00 %	100 % ☞ 91,03 - 100	R10 ☞ 39 /39 (entf.)
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	1,08 % 0,87 - 1,34	≤ 3,00 %	0 % ☞ 0 - 39,03	R10 ☞ 0 /6 (entf.)
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des 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 4</u> (S. 100)	0,97 0,84 - 1,11	≤ 5,03 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 45,52	R10 ☞ 0 /7 (0,05)
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Infektion, die zu einer erneuten Operation führte				
Qualitätsindikator / QSKH ja / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	0,54 % 0,47 - 0,63	≤ 2,44 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 43,45	R10 ○ 0 /5 (entf.)
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	3,16 % 2,98 - 3,35	≤ 6,00 %	entf. ○ entf.	H99 ○ entf.
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	3,38 % 3,2 - 3,58	≤ 8,69 % (95. Perzentil)	0 % ○ 0 - 43,45	R10 ○ 0 /5 (entf.)
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	0,5 % 0,35 - 0,71	≤ 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	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: 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 4</u> (S. 100)	1,29 1,12 - 1,49	≤ 5,70 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 30,83	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 101)	98,55 % 98,46 - 98,64	≥ 90,00 %	100 % ➡ 93,89 - 100	R10 ➡ 59 /59 (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 6</u> (S. 101)	89,25 % 89,04 - 89,45	≥ 60,00 %	86,76 % ➡ 76,72 - 92,88	R10 ○ 59 /68 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 101)	96,85 % 96,72 - 96,98	-	100 % 93,89 - 100	- 59 /59 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 8</u> (S. 101)	0,13 % 0,11 - 0,16	-	0 % 0 - 6,11	- 0 /59 (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 9</u> (S. 101)	1,57 % 1,48 - 1,66	≤ 10,00 %	0 % ➡ 0 - 6,11	R10 ➡ 0 /59 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	1,44 % 1,36 - 1,53	≤ 3,00 %	0 % ➡ 0 - 6,11	R10 ➡ 0 /59 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH ja / <u>Hinweis 10</u> (S. 102)	1,06 0,93 - 1,19	≤ 5,88 (95. Perzentil)	5,83 ○ 0,33 - 25,64	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). 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 10</u> (S. 102)	1,02 0,98 - 1,05	≤ 2,67 (95. Perzentil)	1,42 ○ 0,35 - 3,67	R10 ○ entf.
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 4</u> (S. 100)	1,1 1,04 - 1,17	≤ 4,02 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 4,22	R10 ➡ 0 / 59 (0,85)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 11</u> (S. 102)	95,74 % 95,66 - 95,81	≥ 90,00 %	96,63 % ➡ 93,22 - 98,36	R10 ➡ 201 / 208 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (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 6</u> (S. 101)	91,7 % 91,4 - 92	≥ 60,00 %	100 % ➡ 56,55 - 100	R10 ○ 5 / 5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 102)	96,52 % 96,28 - 96,75	≥ 90,00 %	100 % ○ 56,55 - 100	R10 ➡ 5 / 5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 102)	92,1 % 91,75 - 92,43	≥ 90,00 %	100 % ○ 56,55 - 100	R10 ○ 5 / 5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	0,82 % 0,71 - 0,94	≤ 3,00 %	0 % ➡ 0 - 43,45	R10 ➡ 0 / 5 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (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 4</u> (S. 100)	0,94 0,81 - 1,1	≤ 6,75 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 72,33	R10 ➡ 0 / 5 (0,03)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / QSKH	96,27 %	≥ 90,00 %	91,67 % ☞	R10 ☞
nein / Hinweis 14 (S. 103)	96,13 - 96,4		64,61 - 98,51	11 / 12 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden				
Transparenzkennzahl / QSKH	98,1 %	-	95 %	-
nein / Hinweis 15 (S. 103)	98,03 - 98,16		86,3 - 98,29	57 / 60 (entf.)
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	97,13 %	≥ 90,00 %	100 % ○	R10 ☞
nein / Hinweis 12 (S. 102)	97,05 - 97,2		93,98 - 100	60 / 60 (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	92,36 %	≥ 86,00 %	69,23 % ○	D50 ⚡
nein / Hinweis 16 (S. 103)	91,99 - 92,72		42,37 - 87,32	9 / 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	2,35 %	≤ 7,50 % (95. Perzentil)	entf. ○	R10 ☞
nein / Hinweis 17 (S. 103)	2,28 - 2,42		entf.	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	4,62 %	≤ 11,41 % (95. Perzentil)	5,63 % ○	R10 ☞
nein / Hinweis 17 (S. 103)	4,45 - 4,79		2,21 - 13,61	4 / 71 (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	1,51 %	≤ 5,72 % (95. Perzentil)	entf. ○	R10 ☞
nein / Hinweis 17 (S. 103)	1,46 - 1,57		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH 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 / <u>Hinweis 18</u> (S. 103)	6,18 % 5,84 - 6,54	≤ 15,15 % (95. Perzentil)	entf. O entf.	R10 ➡ 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 / <u>Hinweis 19</u> (S. 104)	0,21 % 0,19 - 0,23	Sentinel- Event	0 % O 0 - 4,28	R10 ➡ 0 /86 (entf.)
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 / <u>Hinweis 4</u> (S. 100)	1 0,98 - 1,02	≤ 2,40 (95. Perzentil)	1,05 O 0,61 - 1,76	R10 ➡ 12 /121 (11,40)
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 / <u>Hinweis 20</u> (S. 104)	1,1 1,06 - 1,14	≤ 3,12 (95. Perzentil)	2,14 O 0,67 - 4,98	R10 O 4 /117 (1,87)
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 12</u> (S. 102)	95,81 % 95,72 - 95,9	≥ 85,00 %	92,31 % O 86,03 - 95,9	R10 ➡ 108 /117 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 102)	13,75 % 13,48 - 14,03	≤ 15,00 %	7,04 % O 3,05 - 15,45	R10 ➡ 5 /71 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 21</u> (S. 104)	92,92 % 92,79 - 93,04	-	93,24 % 85,14 - 97,08	- 69 /74 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
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	97,82 %	≥ 90,00 %	100 % ☞	R10 ☞
nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 101)	97,75 - 97,9		94,87 - 100	71 /71 (entf.)
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	93,31 %	≥ 86,00 %	entf. ○	H99 ○
nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 103)	92,87 - 93,72		entf.	entf.
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	96,43 %	≥ 90,00 %	entf. ☞	R10 ☞
nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 101)	96,17 - 96,68		entf.	entf.
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	99,79 %	≥ 98,54 % (5. Perzentil)	100 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 22</u> (S. 104)	99,76 - 99,81		95,81 - 100	70 /70 (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	1,4 %	≤ 5,00 % (95. Perzentil)	entf. ☞	R10 ○
nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	1,35 - 1,46		entf.	entf.
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	3,24 %	≤ 10,37 % (95. Perzentil)	entf. ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 18</u> (S. 103)	2,95 - 3,55		entf.	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 geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH	1,05 %	≤ 3,89 % (95. Perzentil)	entf. ☞	R10 ☞
nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	1 - 1,1		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
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 18</u> (S. 103)	4,59 % 4,25 - 4,96	≤ 13,33 % (95. Perzentil)	entf. O entf.	R10 ↻ entf.
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 17</u> (S. 103)	0,04 % 0,03 - 0,05	Sentinel- Event	0 % O 0 - 5,5	R10 ↻ 0 / 66 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher er-warteten 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 4</u> (S. 100)	0,89 0,83 - 0,95	≤ 3,79 (95. Perzentil)	0 O 0 - 10,29	R10 ↻ 0 / 76 (0,36)
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabel-schnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 23</u> (S. 105)	1,06 0,95 - 1,18	≤ 6,00 (95. Perzentil)	entf. O entf.	N01 O entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 24</u> (S. 105)	0,98 0,98 - 0,99	≤ 1,23 (90. Perzentil)	entf. O entf.	N01 O entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabel-schnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwilling- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 25</u> (S. 105)	1,07 1,01 - 1,12	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Übersäuerung des Nabelschnurlutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)				
Transparenzkennzahl / QSKH	0,23 %	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 26</u> (S. 106)	0,22 - 0,24		entf.	entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): 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	1,14 %	Sentinel- Event	entf. O	R10 O
nein / <u>Hinweis 27</u> (S. 106)	1,05 - 1,25		entf.	entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebe- untersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH	88,28 %	≥ 74,04 % (5. Perzentil)	entf. O	R10 O
nein / <u>Hinweis 27</u> (S. 106)	87,96 - 88,59		entf.	entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): 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	20,03 %	≤ 40,23 % (95. Perzentil)	entf. O	N01 O
nein / <u>Hinweis 27</u> (S. 106)	19,39 - 20,68		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebe- untersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Transparenzkennzahl / QSKH	12,24 %	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 28</u> (S. 106)	11,01 - 13,58		entf.	entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebe- untersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Transparenzkennzahl / QSKH	11,97 %	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 28</u> (S. 106)	11,05 - 12,96		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 29 (S. 106)	7,64 % 7,23 - 8,07	≤ 20,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 29 (S. 106)	1,22 % 1,11 - 1,33	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 27 (S. 106)	2,47 % 2,38 - 2,56	≤ 4,94 % (90. Perzentil)	0 % ○ 0 - 27,75	R10 ➡ 0 /10 (entf.)
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): 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 nein / Hinweis 30 (S. 107)	1,1 1,03 - 1,17	≤ 4,18	0 ○ 0 - 120,14	R10 ➡ 0 /8 (0,02)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 31 (S. 107)	95,1 % 95,01 - 95,18	≥ 90,00 %	95,44 % ➡ 92,2 - 97,37	R10 ➡ 251 /263 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 101)	98,49 % 98,45 - 98,54	≥ 95,00 %	98,87 % ➡ 97,13 - 99,56	R10 ➡ 350 /354 (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 / Hinweis 28 (S. 106)	97,25 % 96,91 - 97,56	-	94,44 % 74,24 - 99,01	- 17 /18 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH 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 nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 28</u> (S. 106)	98,54 % 98,49 - 98,58	-	99,11 % 97,41 - 99,7	- 333 /336 (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				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 101)	96,49 % 96,42 - 96,55	≥ 95,00 %	97,28 % ☞ 94,91 - 98,56	R10 ☞ 322 /331 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 101)	93,87 % 93,74 - 93,99	≥ 90,00 %	98,63 % ☞ 95,14 - 99,62	R10 ☞ 144 /146 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 101)	95,56 % 95,47 - 95,66	≥ 95,00 %	99,19 % ☞ 97,11 - 99,78	R10 ☞ 246 /248 (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)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 100)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 1,58 (95. Perzentil)	0,93 ○ 0,74 - 1,15	R10 ☞ 64 /354 (68,91)
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)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	1,27 % 1,18 - 1,36	≤ 4,50 % (95. Perzentil)	0 % ☞ 0 - 7,87	R10 ☞ 0 /45 (entf.)
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)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 32</u> (S. 107)	0,98 0,96 - 1,01	≤ 2,17 (95. Perzentil)	0,96 ☞ 0,38 - 2,25	R10 ○ 4 /45 (4,15)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH 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: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>	0,91 0,83 - 0,99	≤ 4,28 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 8,68	R10 ➡ 0 /45 (0,41)
<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>	1,03 1,01 - 1,05	≤ 2,24 (95. Perzentil)	1,2 ○ 0,66 - 1,99	R10 ➡ 9 /39 (7,50)
<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>	1,03 1 - 1,07	≤ 2,07 (90. Perzentil)	0,5 ○ 0,09 - 2,62	R10 ➡ entf.
<p>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</p>	95,34 % 95,16 - 95,52	≥ 85,00 %	100 % ○ 91,24 - 100	R10 ○ 40 /40 (entf.)
<p>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, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden</p>	14,12 % 13,85 - 14,4	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
<p>Operative Behandlung von Brustkrebs: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)</p>	Qualitätsindikator / QSKH - / Hinweis 33 (S. 107)	Strukturierter Dialog nicht abgeschlossen		

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operative Behandlung von Brustkrebs: Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 27</u> (S. 106)	96,44 % 96,23 - 96,63	≥ 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.				
Operative Behandlung von Brustkrebs: Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 27</u> (S. 106)	97,46 % 97,34 - 97,57	≥ 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.				
Operative Behandlung von Brustkrebs: Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 102)	6,03 % 5,42 - 6,71	≤ 8,20 % (80. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Operative Behandlung von Brustkrebs: Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 34</u> (S. 108)	4,01 % 3,85 - 4,17	≤ 16,36 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Ein Hörtest wurde durchgeführt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 35</u> (S. 108)	97,86 % 97,77 - 97,95	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 36</u> (S. 108)	0,93 0,88 - 0,98	≤ 1,91 (95. Perzentil)	entf. O entf.	N01 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 37</u> (S. 109)	0,34 % 0,31 - 0,38	Sentinel- Event	entf. O entf.	N01 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 38</u> (S. 109)	3,33 % 3 - 3,68	-	entf. entf.	- entf.
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 38</u> (S. 109)	5,54 % 5,07 - 6,07	-	entf. entf.	- entf.
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 38</u> (S. 109)	3,44 % 3,03 - 3,91	-	entf. entf.	- entf.
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 39</u> (S. 109)	2,16 % 1,91 - 2,43	-	entf. entf.	- entf.
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / <u>Hinweis 38</u> (S. 109)	3,95 % 3,6 - 4,34	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 40</u> (S. 109)	0,92 0,87 - 0,98	≤ 2,54 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 41</u> (S. 110)	0,97 0,9 - 1,05	≤ 2,52 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 40</u> (S. 109)	0,95 0,92 - 0,98	≤ 2,04 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH ja / <u>Hinweis 40</u> (S. 109)	0,92 0,87 - 0,97	≤ 2,79 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH	0,98	-	entf.	-
nein / Hinweis 42 (S. 110)	0,89 - 1,09		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH	0,92	-	entf.	-
nein / Hinweis 42 (S. 110)	0,81 - 1,05		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH	0,95	-	entf.	-
nein / Hinweis 42 (S. 110)	0,87 - 1,04		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH	0,9	-	entf.	-
nein / Hinweis 43 (S. 110)	0,8 - 1,02		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH	0,92	-	entf.	-
nein / Hinweis 42 (S. 110)	0,84 - 1,01		entf.	entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Wachstum des Kopfes				
Qualitätsindikator / QSKH	10,05 %	≤ 21,74 %	entf. O	N01 O
nein / Hinweis 37 (S. 109)	9,58 - 10,53	(95. Perzentil)	entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 100)	0,01 % 0,01 - 0,01	Sentinel- Event	entf. O entf.	U31 ↻ entf.
<p>Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) 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 (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 44</u> (S. 111)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 2,31 (95. Perzentil)	0,79 O 0,51 - 1,21	R10 O 20 /9.558 (25,41)
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 102)	99,51 % 99,12 - 99,72	≥ 95,00 %	entf. O entf.	N01 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 102)	99,8 % 99,68 - 99,87	≥ 95,00 %	entf. O entf.	N01 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 102)	98,51 % 98,02 - 98,88	≥ 95,00 %	entf. O entf.	N01 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht</p>				
Qualitätsindikator / QSKH	98,96 %	≥ 95,00 %	entf. O	N01 O
nein / Hinweis 12 (S. 102)	98,78 - 99,11		entf.	entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH	3,03 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 103)	2,7 - 3,4		entf.	entf.
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH	3,69 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 103)	2,98 - 4,55		entf.	entf.
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH	1,23 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 103)	1,05 - 1,44		entf.	entf.
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war</p>				
Transparenzkennzahl / QSKH	2,74 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 103)	2,08 - 3,59		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1,71 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 103)	1,28 - 2,29		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1,95 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 103)	1,03 - 3,67		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt				
Qualitätsindikator / QSKH	6,6 %	Sentinel- Event	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 17 (S. 103)	3,9 - 10,96		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1	-	entf.	-
nein / Hinweis 45 (S. 111)	0,87 - 1,15		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1	-	entf.	-
nein / Hinweis 45 (S. 111)	0,9 - 1,11		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 100)	1 0,92 - 1,08	≤ 2,99 (95. Perzentil)	entf. O entf.	N01 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				
<p>Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)</p>				
Qualitätsindikator / QSKH nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 100)	1 0,89 - 1,12	≤ 3,03 (95. Perzentil)	entf. O entf.	N01 O entf.
<p>Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.</p>				

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 KH Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses 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: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich;

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

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

U31 = Bewertung nach Strukturierter Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Besondere klinische Situation.

➕ = 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	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Hinweis 2	<p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Hinweis 3	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
Hinweis 4	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 5	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen.</p> <p>Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
Hinweis 6	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
Hinweis 7	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.</p> <p>Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
Hinweis 8	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.</p> <p>Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>
Hinweis 9	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.</p> <p>Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 10	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Hinweis 11	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Hinweis 12	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 13	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 14	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>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.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.</p>
Hinweis 15	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 16	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 17	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 18	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 19	<p>Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“.</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 20	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>
Hinweis 21	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p>
Hinweis 22	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 23	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 24	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 25	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p> <p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 26	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indextindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.</p> <p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden.</p> <p>Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 27	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 28	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p>
Hinweis 29	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 30	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.</p> <p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 31	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.</p>
Hinweis 32	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p>
Hinweis 33	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturiertes Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 34	<p>Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 35	<p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 36	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden.</p> <p>Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p> <p>[Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA – Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c.</p> <p>Dimick, JB; Welch, H; Birkmeyer, JD (2004): Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. JAMA – Journal of the American Medical Association 292(7): 847-851. DOI: 10.1001/jama.292.7.847.</p> <p>Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0.</p> <p>Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 37	<p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 38	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Hinweis 39	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Hinweis 40	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 41	<p>Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Hinweis 42	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indextindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p> <p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>
Hinweis 43	<p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indextindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.</p> <p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p> <p>Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.</p>

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 44	<p>diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.</p> <p>Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>
Hinweis 45	<p>Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.</p> <p>Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.</p>

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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmeregelung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	20	Keine Ausnahme
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	72	Keine Ausnahme

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Leistungsbereich	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2018)	Leistungsmenge Quartal 3-4 & 1-2 ¹
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	20	20
Kniegelenk-Totalendoprothesen	72	54

¹ In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose):

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Kniegelenk-Totalendoprothesen	ja

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Kniegelenk-Totalendoprothesen	nein

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

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

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

		Anzahl ²
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	37
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	15
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	15

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



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:

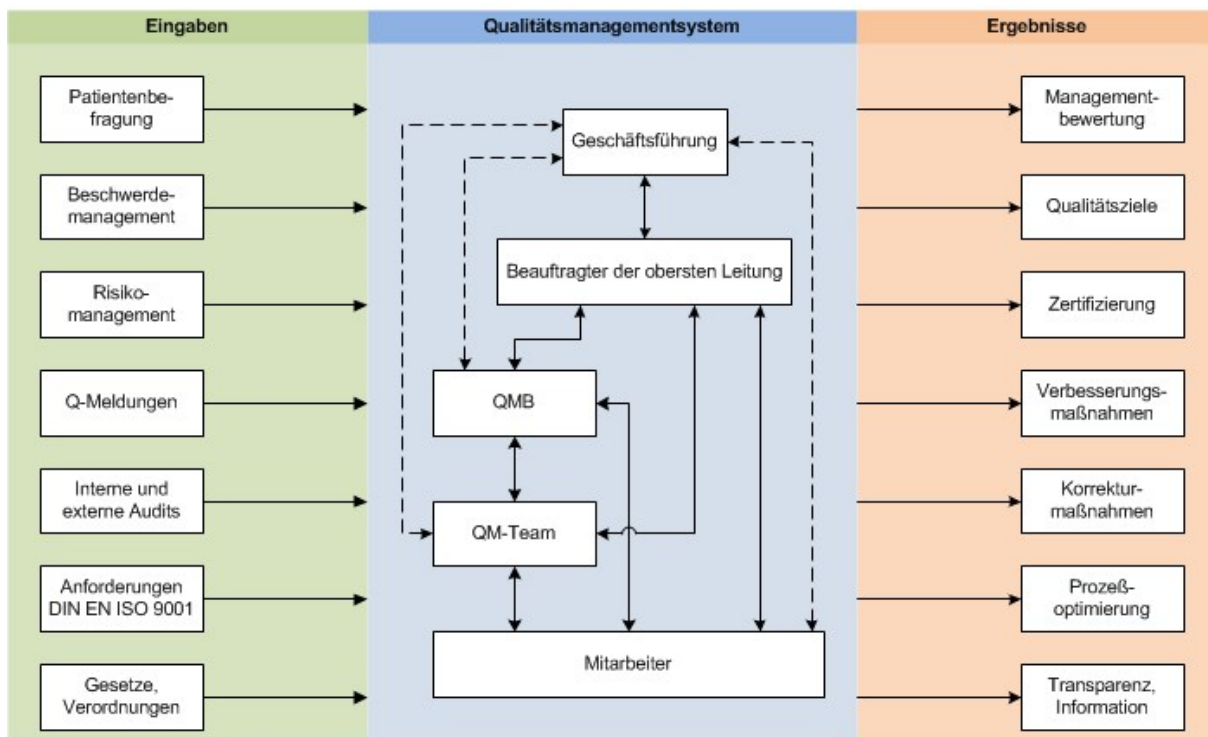


Abbildung D-3: Organigramm des Qualitätsmanagements

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-Handbuches.

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 2018 lagen die folgenden Ergebnisse vor:

Gesamtkrankenhaus 1,8

EndoProthetikZentrum 1,5

Diab. Schulungsstation 1,8

Kurzzeitpflegestation 1,5

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 Pflgeherapeutin „Wunde ICW“ ein interdisziplinärer Wundzirkel gebildet. Hier sind Pflegekräfte aus allen Bereichen des Krankenhauses vertreten.

Weitere qualitätssichernde Maßnahmen in 2018

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
Lokales 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 2018 die folgenden Qualitätsprojekte durch:

Verbesserung der pflegerischen Dokumentation in einer chirurgischen Station durch regelmäßige Kontrollen

Im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Stationsleitung führte die pflegerische Leitung einer chirurgischen Station ein Projekt mit dem o.g. Thema durch. Anlass hierfür war, dass bei stichprobenartigen Kontrollen in einigen Fällen die Dokumentation nicht vollständig bzw. teilweise nicht fortlaufend war. Als Ziel des Projektes wurde die vollständige Pflegedokumentation mit allen ausgefüllten Formblättern festgelegt. Gleichzeitig sollte der Informationsfluss sowie die Sicherheit der Mitarbeiter in der Dokumentationsdurchführung gesteigert werden. Nach Gründung der Projektgruppe erfolgte eine Kick-Off-Veranstaltung mit Information aller Mitarbeiter der betreffenden Station zum Projekt. An Hand einer erstellten Checkliste erfolgte zu erst eine Datenerhebung zum Ist-Zustand. Nach entsprechender Datenanalyse wurden die Schulungsinhalte erarbeitet und die Schulungen der Mitarbeiter durchgeführt. Nach einer 8-wöchigen Pilotphase erfolgt eine erneute Datenerhebung mit Auswertung und Evaluation. Die Ergebnisse wurden den Mitarbeitern vorgestellt. Auf Grund der deutlichen Verbesserung der Dokumentationsqualität wurde eine dauerhafte Implementierung der regelmäßigen Dokumentationskontrollen umgesetzt.

Einführung des flexiblen Wochenendes in einer chirurgischen Station

Im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Stationsleitung führte die pflegerische Leitung einer chirurgischen Station ein Projekt mit dem o.g. Thema durch. Als Projektanlass wurden die folgenden Punkte aufgeführt:

- Fehlendes Personal an den Wochenenden in der Urlaubszeit
- Freizeitwünsche der Mitarbeiter kollidieren mit dem fest geplanten Wochenendrhythmus
- Ungleiche Verteilung der Nachtdienste an den Wochenenden auf die Mitarbeiter
- Teilung des Teams in 2 Gruppen durch die starre Wochenendregelung

Durch das Projekt soll die Mitarbeiterzufriedenheit steigen, ausreichend geplante Mitarbeiter an den Wochenenden zur Verfügung stehen, eine Teilung des Teams vermieden werden und eine Erleichterung der Dienstplanung in Hinsicht auf die Wochenenden erreicht werden. Nach Gründung der Projektgruppe erfolgte nach der Information der Mitarbeiter zu nächst die Erfassung und Auswertung der der Ist-Situation mit Hilfe eines Fragebogens. Nach Festlegung der Vorgehensweise wurden die Mitarbeiter über Neuerungen informiert und eine Testphase durchgeführt. Nach Ablauf der Testphase erfolgte eine erneute Mitarbeiterbefragung und Evaluation der neuen Situation. Nach erfolgreicher Durchführung des Projektes wurde das flexible Wochenende fest implementiert.

Einführung des Ernährungsstandards

In 2018 wurde der Nationale Expertenstandard zur Förderung und Sicherstellung der oralen Nahrungsaufnahme (DNQP) auf die Gegebenheiten unseres Hauses und unserer Patienten angepasst und umgesetzt. Der hauseigene Standard, in Anlehnung an den Expertenstandard, wurde in einer Standardarbeitsgruppe erstellt und ist im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich. Es wurden stationsinterne Schulungen im Umgang mit dem Standard durchgeführt. Notwendige Assessments zur Umsetzung wurden eingeführt.

Ersteinschätzung von Notfallpatienten in der Notaufnahme nach dem Manchester Triage System

Mit dem Ziel, dass kein Patient ohne eine Ersteinschätzung seiner Behandlungsdringlichkeit in den Warteraum oder in die Behandlungsräume gelangt, wurde zur Steuerung des Patientenflusses das Triage-System eingeführt. Hierfür wurden beim Umbau der Notaufnahme zwei Triage-Räume geschaffen sowie eine entsprechende Programmerweiterung unseres KIS durchgeführt. In 2018 wurden insgesamt 18 Mitarbeiter des ärztlichen und pflegerischen Dienstes in einer 3-tägigen Weiterbildung entsprechend geschult.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das St. Antonius Krankenhaus führte im Berichtsjahr 2018 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 krankenhaushygienischer 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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Die Krankenhäuser der Stiftung der Cellitinnen e.V.



Krankenhaus der Augustinerinnen
Severinsklösterchen
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln



St. Antonius
Krankenhaus
Gesundheitszentrum Köln-Süd
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln

st. agatha
krankenhaus köln

MHK
Bergheim
Maria-Hilf-Krankenhaus

**Fachklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
der MARIENBORN gGmbH**

Sitz der gemeinnützigen GmbHs:
Krankenhaus der Augustinerinnen, Köln, gGmbH
St. Antonius Krankenhaus, Köln, gGmbH
St. Agatha Krankenhaus, Köln, gGmbH

MARIENBORN gGmbH
Maria-Hilf-Krankenhaus Bergheim/Erft gGmbH
Kartäuserhof 45, 50678 Köln
Telefon: 0221-9330710, Telefax: 0221-9330713