



**St. Hildegardis Krankenhaus**  
Köln-Lindenthal

# Qualitätsbericht 2020

## St. Hildegardis Krankenhaus

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

*Einfach da sein*



**CLARCERT**

### ZERTIFIKAT

Auf Grundlage der Zertifizierungsentscheidung vom 09.09.2020  
Bescheinigung des CLC-Netzwerks, dass die

**St. Hildegardis Krankenhaus in der Trägerschaft  
der Augustinerinnen, Köln gGmbH**  
Köln, am 29.09.2020

in der Leistungsbereich  
Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Palliativmedizin, Allgemein- und  
Viszeralchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Endoskopie, Funktionsstrahlentherapie,  
Gynäkologie, Gynäkologische Onkologie, Geburtshilfe (GEB), Reproduktionsmedizin,  
Herz- und Kreislaufchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Neurologie, Thoraxchirurgie und  
Schilddrüse, Tumor- und Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Zahnchirurgie, Zahn-  
Kieferchirurgie, Service- und Zahnärztliche Versorgung, Zahnärztliche Versorgung,  
Pneumologie, Pflege, Qualitäts- und Risikomanagement, Pathologie, Radiologie, Rehabilitation, Rechts- und  
Ergotherapie, Psychotherapie und Gesundheitsökonomie, Ernährungswissenschaften, Geriatrie,  
Kardiologie, Nephrologie, Pharmazie und Gesundheitsökonomie, Versorgung

ein Qualitätsmanagementsystem nach  
**DIN EN ISO 9001:2015**  
erfüllt.

Qualitätsnummer: 02.01.2024  
Regelzahl-Nummer: DDG-059  
Datum der Ausstellung: 09.09.2020

Neue Überprüfungen: 09.09.2021

**DAMS**  
Deutsche  
Anästhesie- und  
Schmerztherapie-  
Gesellschaft e.V.

**ZERTIFIKAT**

Das Zertifizierungs-ITZ-Gütesiegel  
des

**Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis Köln  
Bachemer Straße 29-33  
50931 Köln**

die erfolgreiche Zertifizierung als  
**AltersTraumaZentrum DGU®**

Das Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis Köln ist als AltersTraumaZentrum (ATZ) zertifiziert. Dies bedeutet, dass das Krankenhaus die Anforderungen der DGU an die Versorgung von älteren Patienten mit schweren Traumata erfüllt.

Leitung: Prof. Dr. med. K.-D. Paltsch  
Präsident der DGU  
Qualitätsmanagement  
19.09.2019

ITZ-Gütesiegel  
AltersTraumaZentrum DGU®  
www.alterstraumazentrum.de

**CERT**  
Zertifizierungsgesellschaft

**TraumaNetzwerk DGU®**

### BESCHEINIGUNG

Die Bescheinigung ist gültig bis zum 31.12.2021

Das Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis Köln ist als Lokales TraumaZentrum (LTZ) zertifiziert. Dies bedeutet, dass das Krankenhaus die Anforderungen der DGU an die Versorgung von schweren Traumata erfüllt.

Leitung: Prof. Dr. med. K.-D. Paltsch  
Präsident der DGU  
Qualitätsmanagement  
19.09.2019

**CERT**  
Zertifizierungsgesellschaft

**DDG**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

### Urkunde

Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis  
Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie  
und Allgemeine Innere Medizin  
Bachemer Str. 29-33  
50931 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft als

**Stationäre Behandlungseinrichtung  
für Patienten mit Typ 1 und Typ 2 Diabetes  
Zertifiziertes Diabetesezentrum DDG**  
durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt, die Bescheinigung vom  
19.03.2019 bis zum 19.03.2022 zu führen.

19.03.2019  
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Präsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Prof. Dr. med. K.-D. Paltsch  
Vizepräsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

**DDG**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

### Urkunde

Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis  
Bachemer Str. 29-33  
50931 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft als

**Klinik für Diabetespapienten  
geeignet**  
durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt, die Bescheinigung vom  
02.10.2018 bis zum 02.10.2021 zu führen.

02.10.2018  
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Präsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Prof. Dr. med. K.-D. Paltsch  
Vizepräsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

**DDG**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

### Urkunde

Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis  
Bachemer Str. 29-33  
50931 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft als

**„Stationäre Fußbehandlungseinrichtung“**  
durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt, die Bescheinigung  
bis zum 03.09.2020 zu führen.

04.09.2019  
Prof. Dr. med. Monika Kallert  
Präsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Prof. Dr. med. Ralf Lubmann  
Vizepräsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

**DDG**  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

### Urkunde

Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis  
Bachemer Str. 29-33  
50931 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft als

**„Ambulante Fußbehandlungseinrichtung“**  
durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt, die Bescheinigung  
bis zum 17.05.2021 zu führen.

20.03.2019  
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Präsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Prof. Dr. med. Ralf Lubmann  
Vizepräsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

**URKUNDE**

St. Hildegardis Krankenhaus  
Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Allgemeine  
Innere Medizin  
Bachemer Str. 29-33, 50931 Köln

wurde entsprechend der Richtlinien der  
Deutschen Diabetes Gesellschaft als

**Stationäre Behandlungseinrichtung  
Patienten mit Typ 1- und Typ 2-Diabetes  
Zertifiziertes Diabetesezentrum Diabetologikum DDG  
mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement**  
durch Vorstandsbeschluss anerkannt.

Die Einrichtung ist berechtigt,  
die Bescheinigung vom 09.03.2021  
bis zum 09.03.2024 zu führen.

09.03.2021  
Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland  
Präsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

Prof. Dr. med. K.-D. Paltsch  
Vizepräsident  
Deutsche Diabetes Gesellschaft

**Zertifiziertes  
Diabetesezentrum  
Diabetologikum  
DDG**  
Deutsche  
Diabetes-  
Gesellschaft

**DHG**  
Deutsche Herziertengesellschaft

### SIEGEL

QUALITÄTSGESICHERTES  
HERNIEN  
CHIRURGIE

Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis Köln  
Privat-Dozent Dr. Marcus Overhaus  
Chefarzt Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimalinvasive Chirurgie

Ausstellungsdatum: 10. April 2019

Prof. Dr. med. K.-D. Paltsch  
Präsident  
Deutsche Herziertengesellschaft

Prof. Dr. med. Ralf Lubmann  
Vizepräsident  
Deutsche Herziertengesellschaft

**DHG**  
Deutsche Herziertengesellschaft

Das Schlafmedizinische Zentrum der  
Klinik für Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin  
am Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis in Köln

hat erfolgreich an der

**Qualitätssicherung  
zur  
Prozessqualität**  
der Deutschen Gesellschaft für  
Schlafmedizin und Schlafmedizin  
(DGSME e.V.)

teilgenommen und erhält  
bis zum 31.12.2021  
die Akkreditierung der DGSME

04.09.2019  
Prof. Dr. P. Young  
Vizepräsident der DGSME

Dr. S. Schäfers  
Kommission-Präsident

Dr. R. Wilmanns  
Kommission-Vizepräsident

**Bronze Zertifikat**  
„Maltzer Krankenhaus St. Hildegardis“

Das Krankenhaus hat im Rahmen der „Aktion Saubere Hände“  
erfolgreich Maßnahmen und Qualitätsstandards zur  
Verbreiterung der Händedesinfektion umgesetzt.  
Gültigkeit des Zertifikates 2019 und 2020

14.12.2019  
Prof. Dr. Peter Gasterbauer  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Qualitätsmanagement in der  
Medizin (DGQM e.V.)

Prof. Dr. Peter Gasterbauer  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Qualitätsmanagement in der  
Medizin (DGQM e.V.)

**Aktion  
Saubere Hände**

# Vorwort

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

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

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

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

Dieter Kesper  
Vorsitzender des Vorstands

# Vorwort des Krankenhauses

**Die rund 2.000 deutschen Krankenhäuser sind nach der in § 137 Abs. 6 des SGB V durch den Gesetzgeber festgelegten Verpflichtung jährlich und damit auch für das Jahr 2020 aufgefordert, einen strukturierten Qualitätsbericht in einer weiterhin vorgegebenen wenn auch weiterentwickelten Form zu erstellen. Mit dem vorliegenden Bericht kommt das St. Hildegardis Krankenhaus in Köln dieser Verpflichtung nach.**

Dargestellt werden Leistungsspektrum und Strukturdaten des St. Hildegardis Krankenhauses basierend auf den Zahlen des Jahres 2020. Patienten\*, Ärzte\* und Krankenkassen können sich so einen Überblick über die Leistungsfähigkeit des Hauses verschaffen und bekommen bei der Wahl der besten Behandlung eine Informations- und Entscheidungshilfe an die Hand gelegt. Die zeitgleichen Berichtszeiträume, der detailliert vorgegebene Aufbau und die exakte Erfassung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen lassen Vergleiche zwischen den verschiedenen Krankenhäusern zu und können so helfen, eine von subjektiven Erfahrungen und Schätzungen geprägte Positionierung zu ergänzen.

Das Erbringen von Leistungen hoher Qualität ist eine selbstverständliche Verpflichtung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Arbeit zum Wohle erkrankter Menschen. Vor diesem Hintergrund ist der Qualitätsbericht ein wichtiges Element des Wettbewerbs und stellt den Umgang mit dem Thema Qualität dar. Durch sein jährliches Erscheinen bietet der Bericht die Möglichkeit, Leistungen auch in ihrer Entwicklung zu bewerten und ist damit eine wesentliche Grundlage für die ständige Überprüfung und Verbesserung der Patientenversorgung. Das St. Hildegardis Krankenhaus leistet somit seinen Beitrag für Transparenz im Gesundheitswesen.

\* Im gesamten Bericht gleichsam gültig für die weibliche als auch für die männliche Form

# Inhaltsverzeichnis

|           |                   |  |
|-----------|-------------------|--|
| <b>3</b>  |                   | Vorwort  |
| <b>11</b> | <b>A</b>          | Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses                                       |
| <b>12</b> | <b>A-1</b>        | Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses  |
| <b>13</b> | <b>A-2</b>        | Name und Art des Krankenhausträgers  |
| <b>13</b> | <b>A-3</b>        | Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus                               |
| <b>13</b> | <b>A-4</b>        | Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie                               |
| <b>13</b> | <b>A-5</b>        | Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses                         |
| <b>15</b> | <b>A-6</b>        | Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses                       |
| <b>16</b> | <b>A-7</b>        | Aspekte der Barrierefreiheit   |
| <b>16</b> | <b>A-7.1</b>      | Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen                                  |
| <b>16</b> | <b>A-7.2</b>      | Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit  |
| <b>17</b> | <b>A-8</b>        | Forschung und Lehre des Krankenhauses  |
| <b>17</b> | <b>A-8.1</b>      | Forschung und akademische Lehre  |
| <b>17</b> | <b>A-8.2</b>      | Ausbildung in anderen Heilberufen  |
| <b>18</b> | <b>A-9</b>        | Anzahl der Betten  |
| <b>18</b> | <b>A-10</b>       | Gesamtfallzahlen   |
| <b>18</b> | <b>A-11</b>       | Personal des Krankenhauses   |
| <b>18</b> | <b>A-11.1</b>     | Ärztinnen und Ärzte  |
| <b>18</b> | <b>A-11.2</b>     | Pflegepersonal   |
| <b>20</b> | <b>A-11.3</b>     | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal<br>in Psychiatrie und Psychosomatik |
| <b>20</b> | <b>A-11.4</b>     | Spezielles therapeutisches Personal  |
| <b>21</b> | <b>A-12</b>       | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung  |
| <b>21</b> | <b>A-12.1</b>     | Qualitätsmanagement  |
| <b>21</b> | <b>A-12.1.1</b>   | Verantwortliche Person   |
| <b>22</b> | <b>A-12.1.2</b>   | Lenkungsgremium  |
| <b>22</b> | <b>A-12.2</b>     | Klinisches Risikomanagement  |
| <b>22</b> | <b>A-12.2.1</b>   | Verantwortliche Person   |
| <b>22</b> | <b>A-12.2.2</b>   | Lenkungsgremium  |
| <b>22</b> | <b>A-12.2.3</b>   | Instrumente und Maßnahmen  |
| <b>23</b> | <b>A-12.2.3.1</b> | Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems                                |
| <b>24</b> | <b>A-12.2.3.2</b> | Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen                          |
| <b>24</b> | <b>A-12.3</b>     | Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte                                   |
| <b>24</b> | <b>A-12.3.1</b>   | Hygienepersonal  |
| <b>25</b> | <b>A-12.3.2</b>   | Weitere Informationen zur Hygiene  |
| <b>25</b> | <b>A-12.3.2.1</b> | Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen                                     |
| <b>25</b> | <b>A-12.3.2.2</b> | Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie                       |
| <b>26</b> | <b>A-12.3.2.3</b> | Umgang mit Wunden  |
| <b>26</b> | <b>A-12.3.2.4</b> | Händedesinfektion  |
| <b>27</b> | <b>A-12.3.2.5</b> | Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)            |
| <b>27</b> | <b>A-12.3.2.6</b> | Hygienebezogenes Risikomanagement  |
| <b>27</b> | <b>A-12.4</b>     | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement                                  |
| <b>28</b> | <b>A-12.5</b>     | Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)  |
| <b>29</b> | <b>A-12.5.1</b>   | Verantwortliches Gremium   |
| <b>29</b> | <b>A-12.5.2</b>   | Verantwortliche Person   |
| <b>29</b> | <b>A-12.5.3</b>   | Pharmazeutisches Personal  |

- 29 A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen
- 31 A-13 Besondere apparative Ausstattung
- 32 A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G–BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V
- 32 A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe
- 32 A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung
- 32 A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung
- 33 A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)
  
- 34 B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen
  
- 35 B-1 Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
- 35 B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 35 B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 35 B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 36 B-1.4 [unbesetzt]
- 36 B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 36 B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 36 B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 37 B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 37 B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 37 B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 38 B-1.11 Personelle Ausstattung
- 38 B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 38 B-1.11.2 Pflegepersonal
  
- 40 B-2 Radiologie
- 40 B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 40 B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 40 B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 41 B-2.4 [unbesetzt]
- 41 B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 41 B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 41 B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 43 B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 43 B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 44 B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 44 B-2.11 Personelle Ausstattung
- 44 B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 44 B-2.11.2 Pflegepersonal
  
- 45 B-3 Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimalinvasive Chirurgie
- 45 B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 45 B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

|           |          |   |
|-----------|----------|---|
| <b>45</b> | B-3.3    | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung                           |
| <b>46</b> | B-3.4    | [unbesetzt]   |
| <b>46</b> | B-3.5    | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung   |
| <b>46</b> | B-3.6    | Hauptdiagnosen nach ICD   |
| <b>48</b> | B-3.7    | Durchgeführte Prozeduren nach OPS   |
| <b>49</b> | B-3.8    | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten  |
| <b>50</b> | B-3.9    | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V   |
| <b>50</b> | B-3.10   | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft                                   |
| <b>50</b> | B-3.11   | Personelle Ausstattung  |
| <b>50</b> | B-3.11.1 | Ärztinnen und Ärzte   |
| <b>51</b> | B-3.11.2 | Pflegepersonal  |
| <b>53</b> | B-4      | Orthopädie und Unfallchirurgie, Alterstraumatologie   |
| <b>53</b> | B-4.1    | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung   |
| <b>53</b> | B-4.2    | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten<br>der Organisationseinheit / Fachabteilung |
| <b>53</b> | B-4.3    | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung                           |
| <b>55</b> | B-4.4    | [unbesetzt]   |
| <b>55</b> | B-4.5    | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung   |
| <b>55</b> | B-4.6    | Hauptdiagnosen nach ICD   |
| <b>56</b> | B-4.7    | Durchgeführte Prozeduren nach OPS   |
| <b>58</b> | B-4.8    | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten  |
| <b>60</b> | B-4.9    | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V   |
| <b>60</b> | B-4.10   | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft                                   |
| <b>61</b> | B-4.11   | Personelle Ausstattung  |
| <b>61</b> | B-4.11.1 | Ärztinnen und Ärzte   |
| <b>61</b> | B-4.11.2 | Pflegepersonal  |
| <b>64</b> | B-5      | Geriatric   |
| <b>64</b> | B-5.1    | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung   |
| <b>64</b> | B-5.2    | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten<br>der Organisationseinheit / Fachabteilung |
| <b>64</b> | B-5.3    | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung                           |
| <b>65</b> | B-5.4    | [unbesetzt]   |
| <b>65</b> | B-5.5    | Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung   |
| <b>65</b> | B-5.6    | Hauptdiagnosen nach ICD   |
| <b>66</b> | B-5.7    | Durchgeführte Prozeduren nach OPS   |
| <b>68</b> | B-5.8    | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten  |
| <b>68</b> | B-5.9    | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V   |
| <b>68</b> | B-5.10   | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft                                   |
| <b>69</b> | B-5.11   | Personelle Ausstattung  |
| <b>69</b> | B-5.11.1 | Ärztinnen und Ärzte   |
| <b>69</b> | B-5.11.2 | Pflegepersonal  |
| <b>72</b> | B-6      | Gastroenterologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Zentrale<br>Notfallambulanz        |
| <b>72</b> | B-6.1    | Name der Organisationseinheit / Fachabteilung   |

- 72** B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 72** B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 74** B-6.4 [unbesetzt]
- 74** B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 74** B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 75** B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 77** B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 80** B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 81** B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 81** B-6.11 Personelle Ausstattung
  - 81** B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - 82** B-6.11.2 Pflegepersonal
  
- 85** B-7 Allgemeine und Interventionelle Kardiologie
- 85** B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 85** B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 85** B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 86** B-7.4 [unbesetzt]
- 86** B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 86** B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 87** B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 89** B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 90** B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 90** B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 90** B-7.11 Personelle Ausstattung
  - 90** B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - 91** B-7.11.2 Pflegepersonal
  
- 94** B-8 Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Palliativmedizin, Thoraxchirurgie
- 94** B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 94** B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 94** B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 95** B-8.4 [unbesetzt]
- 95** B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 96** B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 97** B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 98** B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 100** B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 100** B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 101** B-8.11 Personelle Ausstattung
  - 101** B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - 102** B-8.11.2 Pflegepersonal
  
- 104** B-9 Urologie
- 104** B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

- 104** B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 104** B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 105** B-9.4 [unbesetzt]
- 105** B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 106** B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 107** B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 108** B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 110** B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 111** B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 111** B-9.11 Personelle Ausstattung
  - 111** B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte
  - 112** B-9.11.2 Pflegepersonal
  
- 114** C Qualitätssicherung
  - 115** C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
    - 115** C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate
  - 116** C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung
  - 148** C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
  - 149** C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
  - 149** C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
  - 150** C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
    - 150** C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr
    - 150** C-5.2 Angaben zum Prognosejahr
      - 150** C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr
      - 151** C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen
      - 151** C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)
      - 151** C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V)
  - 151** C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
  - 152** C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
  - 152** C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr
  - 153** C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG
  - 153** C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG
  
- 155** D Qualitätsmanagement
  - 156** D-1 Qualitätspolitik
  - 157** D-2 Qualitätsziele
  - 159** D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

|            |     |                                      |
|------------|-----|--------------------------------------|
| <b>160</b> | D-4 | Instrumente des Qualitätsmanagements |
| <b>161</b> | D-5 | Qualitätsmanagement-Projekte         |
| <b>161</b> | D-6 | Bewertung des Qualitätsmanagements   |

# Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G–BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G–BA-Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

## A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: St. Hildegardis Krankenhaus  
Institutionskennzeichen: 260531898  
Standortnummer: 772687000  
Standortnummer (alt): 00  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Telefon: 0221 4003-0  
E-Mail: [krankenhaus.koeln@malteser.org](mailto:krankenhaus.koeln@malteser.org)

## Ärztliche Leitung

Name: Dr. med. Alexander Prickartz  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor  
Telefon: 0221 4003-170  
Telefax: 0221 4003-275  
E-Mail: [Alexander.Prickartz@Malteser.org](mailto:Alexander.Prickartz@Malteser.org)

## Pflegedienstleitung

Name: Bärbel Bachmann-Stärk  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin  
Telefon: 0221 4003-116  
Telefax: 0221 4003-126  
E-Mail: [Baerbel.Bachmann-Staerk@malteser.org](mailto:Baerbel.Bachmann-Staerk@malteser.org)

## Verwaltungsleitung

Name: Sonja Bentele  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Kaufmännische Direktorin  
Telefon: 0221 4003-100  
Telefax: 0221 4003-349  
E-Mail: Bjoern.Hoffmann@malteser.org

## A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Augustinerinnen Krankenhäuser gGmbH  
Art: freigemeinnützig  
Internet: www.hildegardis-krankenhaus.de

## A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: trifft nicht zu

## A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot             |
|------|--|
| MP01 | Akupressur   |
| MP02 | Akupunktur   |
| MP03 | Angehörigenbetreuung/–beratung/–seminare               |
| MP53 | Aromapflege/–therapie                                  |
| MP54 | Asthmaschulung   |
| MP04 | Atemgymnastik/–therapie                                |
| MP06 | Basale Stimulation                                     |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden |
| MP11 | Sporttherapie/Bewegungstherapie                        |

| Nr.  | Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot  |
|------|---|
| MP12 | Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)  |
| MP14 | Diät- und Ernährungsberatung  |
| MP15 | Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege  |
| MP16 | Ergotherapie/Arbeitstherapie  |
| MP17 | Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege   |
| MP18 | Fußreflexzonenmassage   |
| MP59 | Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining                     |
| MP21 | Kinästhetik   |
| MP22 | Kontinenztraining/Inkontinenzberatung   |
| MP24 | Manuelle Lymphdrainage  |
| MP25 | Massage   |
| MP26 | Medizinische Fußpflege  |
| MP28 | Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie  |
| MP29 | Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie   |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie                                    |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse   |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychozialdienst                                 |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik   |
| MP37 | Schmerztherapie/–management   |
| MP63 | Sozialdienst  |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit   |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen          |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie  |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker  |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot   |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie   |
| MP45 | Stomatherapie/–beratung   |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik   |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen   |
| MP51 | Wundmanagement  |
| MP68 | Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen  |

## A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

| Nr.  | Leistungsangebot  | Kommentar / Erläuterung  |
|------|---|--|
| NM02 | Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer  |  |
| NM03 | Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle  |  |
| NM10 | Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer   |  |
| NM11 | Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle   |  |
| NM69 | Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | Fernseher/Rundfunk kostenlos<br>Internet: pro Tag 3€, 3 Tage:5€, 1 Wo.: 8€ und 1 Mo.: 15€,<br>Telefon: pro Tag 1€, Kosten pro Min. ins deutsche Festnetz: 0,06€<br>Klinikeigene Parkplätze:Ein Kurzaufenthalt bis 20 Min. ist kostenfrei. Erste Std. 1,50€ Kosten,jede weitere Std. 2€, pro Tag maximal: 12€ |
| NM09 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)  |  |
| NM40 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter     | Durch die Corona Pandemie mussten das Angebot des ehrenamtlichen Dienstes ausgesetzt werden,   |
| NM49 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten   | Aufgrund der Pandemie nur als Webinare möglich.  |
| NM60 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen   |  |
| NM66 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen   |  |
| NM42 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/spirituelle Begleitung   |  |
| NM68 | Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum  |  |

## A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

### A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Lilian Zweyer  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitätsmanagerin, klinische Risikomanagerin  
Telefon: 0221 4003-131  
Telefax: 0221 4003-349  
E-Mail: Lilian.Zweyer@malteser.org

### A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit   |
|------|---|
| BF02 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit: Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift |
| BF33 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen   |
| BF34 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen               |
| BF06 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen   |
| BF08 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen   |
| BF09 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)   |
| BF10 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen: Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher  |
| BF35 | Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen   |
| BF37 | Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Aufzug mit visueller Anzeige  |

| Nr.  | Aspekt der Barrierefreiheit   |
|------|---|
| BF14 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen   |
| BF15 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung                 |
| BF16 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung |
| BF24 | Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote  |
| BF25 | Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Dolmetscherdienste  |
| BF26 | Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal   |
| BF32 | Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung: Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung  |
| BF41 | Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit: Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme  |

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

| Nr.  | Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten |
|------|---|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten          |
| FL03 | Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)                     |
| FL04 | Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten        |
| FL08 | Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher              |
| FL09 | Doktorandenbetreuung  |

### A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen   |
|------|---|
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut   |
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger     |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer                             |

| Nr.  | Ausbildung in anderen Heilberufen  |
|------|--|
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) |

## A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 255

## A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 7.565

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 9.507

## A-11 Personal des Krankenhauses

### A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 76,2                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 76,2                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 64,1                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 12,1                |
| Fachärztinnen und Fachärzte  | 40,28               |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 40,28               |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 34,22               |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 6,06                |

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

## Personal des Krankenhauses insgesamt

|   | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer         |
|---|---------------------|--------------------------|
| <b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b> | 98,7                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 94,99               |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 3,71                |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 88,45               |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 10,25               |                          |
| <b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>                                       | 12,54               | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 12,54               |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 12,31               |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0,23                |                          |
| <b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>                         | 10,25               | 1 Jahr                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 10,25               |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 9,19                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 1,06                |                          |
| <b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>                                       | 10,37               | ab 200 Std.<br>Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 10,37               |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 8,94                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 1,43                |                          |
| <b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b> | 6,42                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 6,42                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 5,38                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 1,04                |                          |
| <b>Medizinische Fachangestellte</b>   | 10,64               | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 10,64               |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 7,81                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 2,84                |                          |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

| Nr.  | Spezielles therapeutisches Personal   | Anzahl <sup>1</sup> |
|------|---|---------------------|
| SP05 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut   | 6,88                |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis   | 6,88                |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis  | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung   | 6,88                |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen   | 0                   |
| SP14 | Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker | 2,15                |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis   | 2,15                |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis  | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung   | 2,13                |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen   | 0,02                |
| SP56 | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)   | 6,82                |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis   | 6,82                |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis  | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung   | 6,82                |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen   | 0                   |
| SP21 | Physiotherapeutin und Physiotherapeut   | 11,94               |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis   | 11,94               |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis  | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung   | 10,86               |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen   | 1,08                |

| Nr.  | Spezielles therapeutisches Personal                                  | Anzahl <sup>1</sup> |
|------|--|---------------------|
| SP23 | Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe                             | 0,08                |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 0,08                |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung  | 0,08                |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen                                  | 0                   |
| SP24 | Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut | 0,12                |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 0,12                |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung  | 0,12                |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen                                  | 0                   |
| SP25 | Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter                                  | 4,8                 |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 4,8                 |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung  | 4,8                 |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen                                  | 0                   |
| SP35 | Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater | 2                   |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 2                   |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung  | 1,34                |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen                                  | 0,66                |
| SP28 | Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement                   | 0,4                 |
|      | – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                        | 0,4                 |
|      | – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                       | 0                   |
|      | – davon stationäre Versorgung  | 0,4                 |
|      | – davon ambulante Versorgungsformen                                  | 0                   |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

### A-12.1 Qualitätsmanagement

#### A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: B.sc. Lilian Zweyer

Funktion / Arbeitsschwerpunkt: QM-Beauftragte, klinische Risikomanagerin  
 Telefon: 0221 4003-131  
 Telefax: 0221 4003-349  
 E-Mail: Lilian.Zweyer@malteser.org

## A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführer  
 Funktionsbereiche:  
 Tagungsfrequenz: andere Frequenz

## A-12.2 Klinisches Risikomanagement

### A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: B.sc. Lilian Zweyer  
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: QM-Beauftragte, klinische Risikomanagerin  
 Telefon: 0221 4003-131  
 Telefax: 0221 4003-349  
 E-Mail: Lilian.Zweyer@malteser.org

### A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Geschäftsführer  
 Funktionsbereiche:  
 Tagungsfrequenz: andere Frequenz

### 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:<br>Dokumentenmanagementsystem<br>Letzte Aktualisierung: 30.05.2019 |
| 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  | Name: Sturzpräventionskonzept<br>Letzte Aktualisierung: 31.03.2019       |

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben  |
|------|--|--|
| RM07 | Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“) | Name: Dekubitusmanagement<br>Letzte Aktualisierung: 31.03.2019   |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen  | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten  | Name: Anwenden und Betreiben von aktiven Medizinprodukten<br>Letzte Aktualisierung: 21.02.2019           |
| RM10 | Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/–konferenzen   | Tumorkonferenzen<br>Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen<br>Palliativbesprechungen<br>Qualitätszirkel |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen   |  |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten  |  |
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust                       | Name: OP-Sicherheitscheckliste (WHO)<br>Letzte Aktualisierung: 31.03.2019                                |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde  | Name: OP-Sicherheitscheckliste<br>Letzte Aktualisierung: 31.03.2019                                      |
| 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  | Name: Entlassungsmanagement<br>Letzte Aktualisierung: 31.03.2019   |

### 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: 16.08.2018 |
| IF02 | Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen   | Frequenz: monatlich               |
| IF03 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem | Frequenz: bei Bedarf              |

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

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

Fortbildungsmaßnahmen, Optimierung von Verfahrens- und Prozessbeschreibungen, Verbesserte Regelungen bzgl. Verantwortlichkeiten

### A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme |
|------|--------------------------|
| EF00 | Sonstiges                |

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

## A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

### A-12.3.1 Hygienepersonal

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Kommentar / Erläuterung         |
|--|---------------------|---------------------------------|
| Krankenhausthygienikerinnen und Krankenhaus-hygieniker     | 1                   |                                 |
| Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygiene-beauftragte Ärzte | 7                   |                                 |
| Hygienefachkräfte (HFK)                                    | 1                   | 1 bis 09/2020, ab 09/2020 2 HFK |
| Hygienebeauftragte in der Pflege                           | 19                  |                                 |

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

### Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. med. Alexander Prickartz  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Chefarzt  
Telefon: 0221 4003-171  
Telefax: 0221 4003-395  
E-Mail: alexander.prikartz@malteser.org

## Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz:           halbjährlich

### A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

#### A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt:           ja

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

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

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

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

#### A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor:   ja

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

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

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor:   ja

| Der Standard thematisiert insbesondere        |    |
|---|----|
| Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe | ja |

| Der Standard thematisiert insbesondere  |    |
|---|----|
| Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage) | ja |
| Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe  | ja |

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

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

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

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

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

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: trifft nicht zu

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: nein

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

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

<sup>1</sup> [www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)

## A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme  | Zusatzangaben            |
|------|---|--------------------------|
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | MRE-Netz regio rhein-ahr |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)  | Zertifikat Bronze        |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und 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 |                         |

| Nr.  | Lob- und Beschwerdemanagement   | Kommentar / Erläuterung  |
|------|---|--|
| BM02 | Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung) |  |
| BM03 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden   |  |
| BM04 | Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden  |  |
| BM05 | Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert   |  |
| BM06 | Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt  | Ulrike Wittrock<br>Beauftragte für Lob-und Beschwerdemanagement<br>Telefon: 0221 4003-363<br>Telefax: 0221 4003-349<br>E-Mail: <a href="mailto:ulrike.wittrock@malteser.org">ulrike.wittrock@malteser.org</a><br>bis 09/2020 Ulrike Wittrock<br>ab 09/2020 Silvia Wagner   |
| BM07 | Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt   | Erica Fickler<br>Patientenfürsprecherin<br>Telefon: 0221 4003-201<br>E-Mail: <a href="mailto:k@A.de">k@A.de</a><br>Email-Kontakt nicht eingerichtet.   |
| BM08 | Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden  | Kontaktformular: <a href="http://www.malteser-krankenhaus-koeln.de/patienten-besucher/lob-und-kritik.-html">http://www.malteser-krankenhaus-koeln.de/patienten-besucher/lob-und-kritik.-html</a><br>Beschwerden können in unseren Lob-und Beschwerdemanagementbriefkasten im Eingangsbereich eingeworfen werden. |

## A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

## A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

## A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Dr. med. Alexander Prickarzt  
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor  
Telefon: 0221 4003-170  
Telefax: 0221 4003-395  
E-Mail: alexander.prickarzt@malteser.org

## A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

|                                    | Anzahl <sup>1</sup> |
|------------------------------------|---------------------|
| Apothekerinnen und Apotheker       | 1                   |
| Weiteres pharmazeutisches Personal | 0                   |

<sup>1</sup> Anzahl der Personen

bis 09/2020: Malteser Zentralapotheke ist Teileinheit des Hauses, Personal für einen Versorgungsbereich von ca. 3000 Betten.

ab 09/2020: Aufgrund des Trägerwechsels Versorgung durch externe Apotheke.

## A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen

Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittel-anamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, –abgabe und –anwendung bzw. –verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiter-behandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme   | Zusatzangaben  |
|------|--|--|
| AS01 | Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen  |  |
| AS03 | Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese   | Name: standardisierte ärztliche Anamnesebögen<br>Letzte Aktualisierung: 19.02.2020 |
| AS08 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fach-info-Service®) |  |
| AS10 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln   | CGM Muse   |
| AS12 | Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern  | Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung                              |

| Nr.  | Instrument bzw. Maßnahme  | Zusatzangaben   |
|------|---|---|
| AS13 | Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<br>Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten |

## A-13 Besondere apparative Ausstattung

| Nr.  | Vorhandene Geräte  | Umgangssprachliche Bezeichnung  | 24h <sup>1</sup>                    |
|------|--|---|-------------------------------------|
| AA01 | Angiographiegerät/DSA  | Gerät zur Gefäßdarstellung  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AA08 | Computertomograph (CT)                                       | Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AA10 | Elektroenzephalographiegerät (EEG)                           | Hirnstrommessung  | <input type="checkbox"/>            |
| AA43 | Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP | Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden | _____ <sup>2</sup>                  |
| AA50 | Kapselendoskop   | Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung   | _____ <sup>2</sup>                  |
| AA21 | Lithotripter (ESWL)  | Stoßwellen-Steinzerstörung  | _____ <sup>2</sup>                  |
| AA22 | Magnetresonanztomograph (MRT)                                | Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren                              | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz          | Harnflussmessung  | _____ <sup>2</sup>                  |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor                                       | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße   | <input checked="" type="checkbox"/> |

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

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

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

### A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: ja

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

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

Kommentar:

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

### Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

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

### A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

### A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden: nein

# Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

|            |   |   |
|------------|---|---|
| <b>35</b>  | 1 | Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie                                    |
| <b>40</b>  | 2 | Radiologie  |
| <b>45</b>  | 3 | Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimalinvasive Chirurgie                             |
| <b>53</b>  | 4 | Orthopädie und Unfallchirurgie, Alterstraumatologie                                     |
| <b>64</b>  | 5 | Geriatric   |
| <b>72</b>  | 6 | Gastroenterologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Zentrale Notfallambulanz |
| <b>85</b>  | 7 | Allgemeine und Interventionelle Kardiologie   |
| <b>94</b>  | 8 | Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Palliativmedizin, Thoraxchirurgie            |
| <b>104</b> | 9 | Urologie  |

# B-1 Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

## B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie  
Schlüssel: Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie (3700)

## Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Ingo Müllers  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 4003-260  
Telefax: 0221 4003-348  
E-Mail: ingo.muellers@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

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

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

## B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie                      |
|------|--|
| VC67 | Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin                                  |
| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie          |
| VU15 | Dialyse  |
| VU18 | Schmerztherapie  |
| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche |
| VX00 | Versorgungsschwerpunkt in sonstigem medizinischen Bereich                |

## B-1.4 [unbesetzt]

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

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

## B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS   | Bezeichnung   | Anzahl |
|------|-------|---|--------|
| 1    | 8-930 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens | 905    |
| 2    | 8-980 | Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)  | 512    |
| 3    | 8-831 | Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist   | 311    |
| 4    | 8-919 | Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen   | 138    |
| 5    | 8-910 | Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)                             | 137    |
| 6    | 8-706 | Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung   | 128    |
| 7    | 8-915 | Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark                   | 72     |
| 8    | 8-701 | Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation  | 60     |
| 9    | 8-914 | Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven                             | 48     |
| 10   | 8-987 | Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern   | 31     |
| 11   | 8-98g | Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern  | 24     |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 12 – 1 | 8-932 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader                   | < 4    |
| 12 – 2 | 8-931 | Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck) | < 4    |

## B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Anästhesiologische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

| Angeborene Leistung                     |
|---|
| Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin |
| Allgemein: Notfallmedizin               |
| Schmerztherapie                         |

### §115a Ambulanz

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

| Angeborene Leistung                     |
|---|
| Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin |
| Allgemein: Notfallmedizin               |
| Schmerztherapie                         |

## B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Kommentar / Erläuterung   |
|--|---------------------|---|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 9,11                | Weiterbildungsbefugnis:<br>Anästhesiologie: 24 Monate<br>Intensivmedizin: 18 Monate |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 9,11                |   |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 8,11                |   |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 1                   |   |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 8,11                |   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 8,11                |   |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 7,22                |   |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,89                |   |
| Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)                   | 0                   |   |

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung |
|------|---------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie     |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung      |
|------|---------------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin           |
| ZF28 | Notfallmedizin            |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie |

### B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer |
|--|---------------------|------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 7,1                 | 3 Jahre          |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 7,1                 |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 7,1                 |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0                   |                  |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ02 | Diplom   |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege                                     |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                              |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst   |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                   |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

| Nr.  | Zusatzqualifikationen         |
|------|-------------------------------|
| ZP14 | Schmerzmanagement             |
| ZP27 | OP-Koordination/OP-Management |

# B-2 Radiologie

## B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Radiologie  
Schlüssel: Radiologie (3751)

## Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Holger Widlitzek  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 4003-250  
Telefax: 0221 4003-258  
E-Mail: holger.widlitzek@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

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

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

## B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie                             |
|------|--|
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen  |
| VR08 | Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung |
| VR10 | Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ                        |
| VR11 | Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel            |
| VR12 | Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren             |
| VR16 | Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie                                      |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ          |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie  |
|------|---|
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel                 |
| VR25 | Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)                                 |
| VR26 | Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| VR29 | Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern               |
| VR41 | Allgemein: Interventionelle Radiologie  |

## B-2.4 [unbesetzt]

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

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

## B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0  
 Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|------|-------|--|--------|
| 1    | 3-200 | Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel                        | 1.029  |
| 2    | 3-225 | Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel                          | 684    |
| 3    | 3-222 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel                      | 583    |
| 4    | 3-202 | Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel                     | 511    |
| 5    | 3-13d | Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel                     | 492    |
| 6    | 3-207 | Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel                         | 452    |
| 7    | 3-226 | Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel                          | 383    |
| 8    | 3-203 | Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel | 247    |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 9      | 3-05f | Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege   | 219    |
| 10     | 3-052 | Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE  | 197    |
| 11     | 3-800 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel   | 154    |
| 12     | 3-820 | Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel  | 146    |
| 13     | 3-205 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel  | 77     |
| 14     | 3-220 | Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel   | 64     |
| 15     | 3-206 | Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel   | 57     |
| 16     | 3-990 | Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung  | 54     |
| 17 – 1 | 3-228 | Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel   | 52     |
| 17 – 2 | 3-13f | Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel  | 52     |
| 19 – 1 | 3-802 | Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel   | 50     |
| 19 – 2 | 3-055 | Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre   | 50     |
| 21     | 3-031 | Umfassende Ultraschalluntersuchung des Herzens (Echokardiographie) durch Ansetzen des Ultraschallkopfes auf den Brustkorb (transthorakal) bei körperlicher Belastung | 48     |
| 22 – 1 | 3-900 | Messung des Mineralsalzgehaltes des Knochens – Knochendichtemessung  | 45     |
| 22 – 2 | 3-13e | Röntgendarstellung der Harnblase und der Harnröhre während des Wasserlassens mit Kontrastmittel  | 45     |
| 24 – 1 | 3-227 | Computertomographie (CT) des Muskel-Skelettsystems mit Kontrastmittel  | 40     |
| 24 – 2 | 3-804 | Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel  | 40     |
| 24 – 3 | 3-056 | Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre   | 40     |
| 27     | 3-806 | Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel   | 38     |
| 28     | 3-825 | Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel   | 36     |
| 29     | 3-607 | Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel  | 35     |
| 30     | 3-608 | Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel  | 31     |

## B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Radiologische Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

| Angebote Leistung   |
|---|
| Konventionelle Röntgenaufnahmen   |
| Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ   |
| Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel                               |
| Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren                                |
| Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| Allgemein: Interventionelle Radiologie  |

### Radiologische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

| Angebote Leistung   |
|---|
| Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie  |
| Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung |
| Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel                               |
| Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ   |
| Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren                                |
| Allgemein: Interventionelle Radiologie  |
| Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)                                 |
| Konventionelle Röntgenaufnahmen   |
| Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel                 |
| Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ                             |
| Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren                  |
| Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie   |
| Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern               |

## B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-2.11 Personelle Ausstattung

### B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 1,01                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 1,01                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 0,86                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,15                |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 1,01                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 1,01                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 0,86                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,15                |
| Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)                   | 0                   |

<sup>1</sup> Bei den Belegärztinnen und Belegärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung | Kommentar / Erläuterung                  |
|------|---------------------|--|
| AQ54 | Radiologie          | Facharzt diag. Radiologie leitender Arzt |

### B-2.11.2 Pflegepersonal

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

# B-3 Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimalinvasive Chirurgie

## B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Allgemein- und Viszeralchirurgie, Minimalinvasive Chirurgie  
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Cheförzte

Name: PD Dr. med. Marcus Overhaus  
Funktion / Chefarzt Allgemein- u. Viszeralchirurgie  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 4003-211  
Telefax: 0221 4003-342  
E-Mail: Marcus.Overhaus@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

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

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

## B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie                  |
|------|--|
| VC21 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie                |
| VC22 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie               |
| VC23 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| VC24 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie                     |
| VC62 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation                   |
| VC55 | Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen               |

| Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie      |   |
|--|---|
| VC56   | Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen                                  |
| VC57   | Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe   |
| VC58   | Allgemein: Spezialsprechstunde  |
| VC67   | Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin   |
| Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie   |   |
| VD19   | Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)           |
| VD20   | Wundheilungsstörungen   |
| Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin |   |
| VI39   | Physikalische Therapie  |
| Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie     |   |
| VR02   | Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie   |
| VR04   | Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie  |
| VR05   | Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel                             |
| VR06   | Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie  |
| VR15   | Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie  |
| VR28   | Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren |

### B-3.4 [unbesetzt]

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

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

### B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 800

Teilstationäre Fallzahl: 0

### B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang | ICD | Bezeichnung  | Fallzahl |
|------|-----|--|----------|
| 1    | K60 | Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms | 137      |
| 2    | K64 | Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose  | 75       |

| Rang   | ICD | Bezeichnung  | Fallzahl |
|--------|-----|--|----------|
| 3      | K40 | Leistenbruch (Hernie)  | 69       |
| 4      | K61 | Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters                  | 64       |
| 5      | K62 | Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters   | 50       |
| 6      | K80 | Gallensteinleiden  | 43       |
| 7      | E04 | Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse                         | 38       |
| 8      | K35 | Akute Blinddarmentzündung  | 36       |
| 9 – 1  | L02 | Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen  | 28       |
| 9 – 2  | K57 | Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose               | 28       |
| 11     | L05 | Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare – Pilonidalsinus                        | 27       |
| 12 – 1 | K56 | Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch  | 18       |
| 12 – 2 | K42 | Nabelbruch (Hernie)  | 18       |
| 14     | C18 | Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)  | 13       |
| 15     | K59 | Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall                                     | 11       |
| 16     | K43 | Bauchwandbruch (Hernie)  | 9        |
| 17 – 1 | C21 | Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs  | 8        |
| 17 – 2 | C20 | Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs   | 8        |
| 19 – 1 | R10 | Bauch- bzw. Beckenschmerzen  | 7        |
| 19 – 2 | L72 | Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut   | 7        |
| 19 – 3 | D12 | Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters                                      | 7        |
| 19 – 4 | C73 | Schilddrüsenkrebs  | 7        |
| 23     | A46 | Wundrose – Erysipel  | 6        |
| 24 – 1 | T81 | Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen   | 5        |
| 24 – 2 | K36 | Sonstige Blinddarmentzündung   | 5        |
| 24 – 3 | K66 | Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)   | 5        |
| 27     | D17 | Gutartiger Tumor des Fettgewebes   | 4        |
| 28 – 1 | C79 | Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen | < 4      |
| 28 – 2 | K85 | Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse  | < 4      |
| 28 – 3 | C25 | Bauchspeicheldrüsenkrebs   | < 4      |

## B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 1      | 5-492 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges                        | 143    |
| 2      | 5-490 | Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters                                       | 132    |
| 3      | 5-491 | Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)                       | 115    |
| 4      | 5-932 | Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung   | 99     |
| 5      | 5-493 | Operative Behandlung von Hämorrhoiden  | 78     |
| 6      | 5-530 | Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)   | 69     |
| 7      | 9-984 | Pflegebedürftigkeit  | 60     |
| 8      | 5-069 | Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen   | 56     |
| 9 – 1  | 5-511 | Operative Entfernung der Gallenblase   | 52     |
| 9 – 2  | 5-916 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz                                  | 52     |
| 11     | 5-469 | Sonstige Operation am Darm   | 46     |
| 12     | 5-470 | Operative Entfernung des Blinddarms  | 42     |
| 13 – 1 | 5-895 | Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut                                  | 34     |
| 13 – 2 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut         | 34     |
| 15     | 5-534 | Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)   | 30     |
| 16 – 1 | 5-897 | Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)  | 27     |
| 16 – 2 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger | 27     |
| 18     | 5-063 | Operative Entfernung der Schilddrüse   | 25     |
| 19     | 5-399 | Sonstige Operation an Blutgefäßen  | 24     |
| 20 – 1 | 5-894 | Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut  | 23     |
| 20 – 2 | 5-455 | Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms  | 23     |
| 22     | 5-482 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After    | 19     |
| 23 – 1 | 5-541 | Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes   | 17     |
| 23 – 2 | 5-062 | Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse  | 17     |
| 25     | 5-061 | Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte  | 15     |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 26     | 8-190 | Spezielle Verbandstechnik                              | 14     |
| 27 – 1 | 5-496 | Operative Korrektur des Afters bzw. des Schließmuskels | 13     |
| 27 – 2 | 5-536 | Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)      | 13     |
| 27 – 3 | 5-892 | Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut  | 13     |
| 30 – 1 | 5-454 | Operative Dünndarmentfernung                           | 10     |

## B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### §115a Ambulanz

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

| Angebote Leistung  |
|--|
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie               |
| Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen                 |
| Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen               |
| Allgemein: Notfallmedizin  |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation                   |
| Allgemein: Spezialsprechstunde                                       |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie                     |

### Chirurgische Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

| Angebote Leistung             |
|-------------------------------|
| Sonstige im Bereich Chirurgie |

### Chirurgische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

| Angebote Leistung  |
|--|
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie               |
| Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen                 |

| Angebote Leistung                                      |
|--|
| Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation     |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie       |

## B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang  | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|-------|-------|--|--------|
| 1     | 5-852 | Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen                                  | 43     |
| 2     | 5-492 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges                | 26     |
| 3     | 5-399 | Sonstige Operation an Blutgefäßen  | 23     |
| 4     | 5-894 | Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut                                      | 13     |
| 5     | 5-490 | Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters                               | 6      |
| 6 – 1 | 5-401 | Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße  | 5      |
| 6 – 2 | 5-892 | Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut  | 5      |
| 8 – 1 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut | < 4    |
| 8 – 2 | 5-851 | Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen   | < 4    |
| 8 – 3 | 5-491 | Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)               | < 4    |

## B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-3.11 Personelle Ausstattung

### B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 5,18                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 5,18                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 4,42                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,76                |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 2                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 2                   |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 1,76                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,24                |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung |
|------|---------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie  |
| AQ13 | Viszeralchirurgie   |

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung        |
|------|-----------------------------|
| ZF34 | Proktologie                 |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie |

## B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer |
|--|---------------------|------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 7,59                | 3 Jahre          |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 7,33                |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0,26                |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 6,68                |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,91                |                  |

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer         |
|--|---------------------|--------------------------|
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer                         | 0,89                | 1 Jahr                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,89                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,78                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,11                |                          |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer                                       | 0,94                | ab 200 Std.<br>Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,94                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,83                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,11                |                          |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 2,5                 | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 2,5                 |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 2,2                 |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,3                 |                          |
| Medizinische Fachangestellte   | 0,58                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,58                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,51                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,07                |                          |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                              |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                   |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

| Nr.  | Zusatzqualifikationen |
|------|-----------------------|
| ZP16 | Wundmanagement        |

# B-4 Orthopädie und Unfallchirurgie, Alterstraumatologie

## B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Orthopädie und Unfallchirurgie, Alterstraumatologie  
Schlüssel: Orthopädie (2300)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med Peter Pennekamp  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 4003-211  
Telefax: 0221 4003-342  
E-Mail: peter.pennekamp@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

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

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

## B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie</b>  |  |
|---|--|
| VC31  | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen   |
| VC32  | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes   |
| 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 |
| VC36  | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes                               |
| VC37  | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes                           |
| 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                              |
| 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                              |
| VC42  | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen  |
| VC63  | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie  |
| VC65  | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie   |
| VC66  | Allgemein: Arthroskopische Operationen   |
| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie</b> |  |
| VO01  | Diagnostik und Therapie von Arthropathien  |
| VO02  | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes   |
| VO03  | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens   |
| VO04  | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien  |
| VO05  | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens  |
| VO06  | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln  |
| VO07  | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen  |
| VO08  | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes   |
| VO09  | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien  |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie  |
|------|---|
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane                             |
| VO14 | Endoprothetik   |
| VO15 | Fußchirurgie  |
| VO16 | Handchirurgie   |
| VO19 | Schulterchirurgie   |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie   |
| VO21 | Traumatologie   |

## B-4.4 [unbesetzt]

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

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

## B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 868

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang  | ICD | Bezeichnung   | Fallzahl |
|-------|-----|---|----------|
| 1     | M75 | Schulterverletzung  | 167      |
| 2     | S06 | Verletzung des Schädelinneren   | 75       |
| 3     | M16 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes                              | 70       |
| 4     | M17 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes                              | 68       |
| 5     | M23 | Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes                     | 48       |
| 6     | M20 | Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen                      | 37       |
| 7 – 1 | S42 | Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms                    | 32       |
| 7 – 2 | M51 | Sonstiger Bandscheibenschaden   | 32       |
| 9     | S52 | Knochenbruch des Unterarmes   | 28       |
| 10    | S82 | Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes | 26       |

| Rang   | ICD | Bezeichnung   | Fallzahl |
|--------|-----|---|----------|
| 11     | S72 | Knochenbruch des Oberschenkels  | 17       |
| 12     | M19 | Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)   | 16       |
| 13     | M48 | Sonstige Krankheit der Wirbelsäule  | 15       |
| 14     | S00 | Oberflächliche Verletzung des Kopfes  | 14       |
| 15     | S86 | Verletzung von Muskeln bzw. Sehnen in Höhe des Unterschenkels   | 13       |
| 16 – 1 | M18 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes  | 11       |
| 16 – 2 | S83 | Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder   | 11       |
| 18     | S02 | Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen   | 8        |
| 19 – 1 | C79 | Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen                             | 7        |
| 19 – 2 | M77 | Sonstige Sehnenansatzentzündung   | 7        |
| 21 – 1 | D17 | Gutartiger Tumor des Fettgewebes  | 6        |
| 21 – 2 | M84 | Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches   | 6        |
| 21 – 3 | S92 | Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes  | 6        |
| 21 – 4 | T81 | Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen  | 6        |
| 21 – 5 | M54 | Rückenschmerzen   | 6        |
| 21 – 6 | S43 | Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels   | 6        |
| 27 – 1 | M00 | Eitrige Gelenkentzündung  | 5        |
| 27 – 2 | L03 | Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe – Phlegmone                                   | 5        |
| 27 – 3 | S32 | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens   | 5        |
| 27 – 4 | T84 | Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken | 5        |

## B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|------|-------|--|--------|
| 1    | 5-814 | Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung        | 348    |
| 2    | 5-811 | Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung   | 216    |
| 3    | 5-812 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung | 199    |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 4      | 9-984 | Pflegebedürftigkeit  | 170    |
| 5      | 5-788 | Operation an den Fußknochen  | 121    |
| 6      | 5-820 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks   | 98     |
| 7      | 5-800 | Offener operativer Eingriff an einem Gelenk  | 88     |
| 8      | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut   | 77     |
| 9      | 5-810 | Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung  | 75     |
| 10     | 5-900 | Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht   | 74     |
| 11     | 5-822 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks   | 72     |
| 12     | 5-916 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz  | 58     |
| 13     | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger   | 57     |
| 14     | 5-794 | Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten | 52     |
| 15     | 5-786 | Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten   | 51     |
| 16     | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen  | 36     |
| 17 – 1 | 5-790 | Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen             | 26     |
| 17 – 2 | 5-819 | Sonstige Gelenkoperation durch eine Spiegelung   | 26     |
| 19     | 8-190 | Spezielle Verbandstechnik  | 25     |
| 20     | 5-808 | Operative Gelenkversteifung  | 22     |
| 21 – 1 | 5-865 | Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes   | 21     |
| 21 – 2 | 5-793 | Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens   | 21     |
| 21 – 3 | 5-869 | Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken   | 21     |
| 24     | 5-787 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden   | 20     |
| 25     | 5-784 | Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe   | 19     |
| 26 – 1 | 5-855 | Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide  | 17     |
| 26 – 2 | 5-782 | Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe  | 17     |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 28     | 5-824 | Operatives Einsetzen eines künstlichen Gelenks am Arm oder an der Schulter | 16     |
| 29     | 5-829 | Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion | 14     |
| 30 – 1 | 8-178 | Behandlung eines Gelenkes durch Spülung                                    | 12     |

## B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Orthopädie und Unfallchirurgie Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

| Angeborene Leistung  |
|--|
| Allgemein: Arthroskopische Operationen   |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken  |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren  |
| Diagnostik und Therapie von Arthropathien  |
| Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens   |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen   |
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln  |
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen  |
| Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien  |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens  |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes  |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes   |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen  |
| Diagnostik und Therapie von Spondylopathien  |
| Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes   |
| Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane  |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels                              |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes                              |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens |

| Angebote Leistung  |
|--|
| 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 Halses                         |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand      |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels   |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes                         |
| Endoprothetik  |
| Fußchirurgie   |
| Handchirurgie  |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen   |
| Schulterchirurgie  |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie  |
| Traumatologie  |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie   |

## Unfallchirurgische und Orthopädische Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

| Angebote Leistung  |
|--|
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen   |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen  |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels                              |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes                              |
| 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 Halses   |

### Angeborene Leistung

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

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

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

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

## B-4.9 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   | 43     |
| 2     | 5-812 | Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischen-scheiben (Menisken) durch eine Spiegelung  | 36     |
| 3     | 5-811 | Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung   | 16     |
| 4     | 5-852 | Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen  | 12     |
| 5     | 5-056 | Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion  | 9      |
| 6     | 5-790 | Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen | 6      |
| 7 – 1 | 5-840 | Operation an den Sehnen der Hand   | 5      |
| 7 – 2 | 5-859 | Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln   | 5      |
| 9 – 1 | 5-851 | Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen   | 4      |
| 9 – 2 | 1-502 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt  | 4      |

## B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-4.11 Personelle Ausstattung

### B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 8,7                 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 8,7                 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 5,52                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 3,18                |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 5,68                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 5,68                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 3,52                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 2,16                |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung            |
|------|--------------------------------|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie             |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung              |
|------|-----------------------------------|
| ZF12 | Handchirurgie                     |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie    |
| ZF28 | Notfallmedizin                    |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie         |

### B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

|   | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer         |
|---|---------------------|--------------------------|
| <b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b> | 7,15                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 6,94                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0,21                |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 5                   |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 2,15                |                          |
| <b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>                                       | 0,24                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 0,24                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 0,17                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0,07                |                          |
| <b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>                         | 0,69                | 1 Jahr                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 0,69                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 0,48                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0,21                |                          |
| <b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>                                       | 0,74                | ab 200 Std.<br>Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 0,74                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 0,52                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0,22                |                          |
| <b>Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten</b> | 0,82                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 0,82                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 0,58                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0,24                |                          |
| <b>Medizinische Fachangestellte</b>   | 3,14                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 3,14                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 2,2                 |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0,94                |                          |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                              |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                   |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

| Nr.  | Zusatzqualifikationen |
|------|-----------------------|
| ZP16 | Wundmanagement        |

# B-5 Geriatrie

## B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Geriatrie  
Schlüssel: Geriatrie (0200)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Jochen Hoffmann  
Funktion /  
Arbeits-  
schwerpunkt: Chefarzt  
Telefon: 0221 4003-241  
Telefax: 0221 4003-244  
E-Mail: jochen.hoffmann@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

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

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

## B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin                |
|------|---|
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen                  |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen         |
| VI27 | Spezialsprechstunde   |
| VI38 | Palliativmedizin  |
| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie                    |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen              |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems |

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik     |
|------|--|
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen             |
| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche |
| VX00 | Ernährungsprobleme im Alter  |
| VX00 | Früh-Rehabilitation  |
| VX00 | Mobilitätsstörungen  |

## B-5.4 [unbesetzt]

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

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

## B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.064  
 Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang   | ICD | Bezeichnung   | Fallzahl |
|--------|-----|---|----------|
| 1      | S72 | Knochenbruch des Oberschenkels  | 162      |
| 2      | R26 | Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit   | 129      |
| 3      | S32 | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens                                 | 81       |
| 4      | I50 | Herzschwäche  | 64       |
| 5      | I63 | Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt             | 51       |
| 6      | E86 | Flüssigkeitsmangel  | 40       |
| 7      | R29 | Sonstige Beschwerden, die das Nervensystem bzw. das Muskel-Skelett-System betreffen | 36       |
| 8      | S42 | Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms                              | 23       |
| 9      | J18 | Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet                 | 20       |
| 10     | I21 | Akuter Herzinfarkt  | 18       |
| 11     | S06 | Verletzung des Schädelinneren   | 16       |
| 12 – 1 | N17 | Akutes Nierenversagen   | 15       |

| Rang   | ICD | Bezeichnung   | Fallzahl |
|--------|-----|---|----------|
| 12 – 2 | M80 | Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte – Osteoporose                                   | 15       |
| 14     | A41 | Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)  | 14       |
| 15 – 1 | S22 | Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule   | 12       |
| 15 – 2 | R55 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps  | 12       |
| 15 – 3 | J44 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD  | 12       |
| 18     | K56 | Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch   | 11       |
| 19 – 1 | S82 | Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes   | 10       |
| 19 – 2 | T84 | Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken | 10       |
| 19 – 3 | G20 | Parkinson-Krankheit   | 10       |
| 19 – 4 | E87 | Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts  | 10       |
| 23 – 1 | C18 | Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)   | 9        |
| 23 – 2 | F01 | Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn                   | 9        |
| 23 – 3 | N39 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase   | 9        |
| 26     | G40 | Anfallsleiden – Epilepsie   | 8        |
| 27 – 1 | M16 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes  | 7        |
| 27 – 2 | M17 | Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes  | 7        |
| 29 – 1 | I10 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache   | 6        |
| 29 – 2 | I35 | Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht                           | 6        |

## B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|------|-------|--|--------|
| 1    | 8-550 | Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen | 1.009  |
| 2    | 9-984 | Pflegebedürftigkeit  | 943    |
| 3    | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen  | 440    |
| 4    | 1-771 | Einheitliche Basisuntersuchung von alten Menschen  | 76     |
| 5    | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger                       | 30     |

| Rang    | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|---------|-------|--|--------|
| 6       | 1-710 | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie  | 12     |
| 7       | 9-320 | Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens                      | 11     |
| 8       | 1-661 | Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung   | 8      |
| 9       | 8-132 | Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase  | 7      |
| 10      | 8-133 | Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke   | 6      |
| 11      | 1-266 | Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)                                       | 5      |
| 12 – 1  | 8-125 | Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde   | < 4    |
| 12 – 2  | 8-153 | Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit | < 4    |
| 12 – 3  | 8-158 | Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in ein Gelenk mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit     | < 4    |
| 12 – 4  | 8-500 | Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)  | < 4    |
| 12 – 5  | 1-711 | Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird   | < 4    |
| 12 – 6  | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut                                     | < 4    |
| 12 – 7  | 8-144 | Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)                    | < 4    |
| 12 – 8  | 5-900 | Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht   | < 4    |
| 12 – 9  | 8-137 | Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene  | < 4    |
| 12 – 10 | 5-377 | Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)   | < 4    |
| 12 – 11 | 8-192 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde         | < 4    |
| 12 – 12 | 5-787 | Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden                                       | < 4    |
| 12 – 13 | 1-503 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt   | < 4    |
| 12 – 14 | 1-504 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gelenken bzw. Schleimbeuteln durch operativen Einschnitt  | < 4    |

| Rang       | OPS   | Bezeichnung   | Anzahl |
|------------|-------|---|--------|
| 12 –<br>15 | 1-770 | Fachübergreifende Vorsorge und Basisuntersuchung von alten Menschen | < 4    |
| 12 –<br>16 | 6-002 | Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs          | < 4    |
| 12 –<br>17 | 8-771 | Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung                                | < 4    |
| 12 –<br>18 | 1-207 | Messung der Gehirnströme – EEG                                      | < 4    |
| 12 –<br>19 | 5-640 | Operation an der Vorhaut des Penis                                  | < 4    |

## B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Geriatrische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

| Angeborene Leistung                                       |
|---|
| Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen    |
| Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten |
| Ernährungsprobleme im Alter                               |
| Früh-Rehabilitation                                       |
| Geriatrische Tagesklinik                                  |
| Mobilitätsstörungen                                       |
| Palliativmedizin  |
| Physikalische Therapie                                    |

## B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

## B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-5.11 Personelle Ausstattung

### B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 10,29               |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 10,29               |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 10,29               |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0                   |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 5,57                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 5,57                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 5,57                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0                   |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung |
|------|---------------------|
| AQ63 | Allgemeinmedizin    |
| AQ23 | Innere Medizin      |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung                   |
|------|--|
| ZF52 | Ernährungsmedizin                      |
| ZF09 | Geriatric                              |
| ZF30 | Palliativmedizin                       |
| ZF31 | Phlebologie                            |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie |

### B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

|   | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer         |
|---|---------------------|--------------------------|
| <b>Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger</b> | 21,62               | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 20,21               |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 1,41                |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 21,62               |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0                   |                          |
| <b>Altenpflegerinnen und Altenpfleger</b>                                       | 11,13               | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 11,13               |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 11,13               |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0                   |                          |
| <b>Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer</b>                         | 3,44                | 1 Jahr                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 3,44                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 3,44                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0                   |                          |
| <b>Pflegehelferinnen und Pflegehelfer</b>                                       | 2,81                | ab 200 Std.<br>Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                                   | 2,81                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                                  | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung   | 2,81                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen   | 0                   |                          |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                              |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                   |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

| Nr.  | Zusatzqualifikationen |
|------|-----------------------|
| ZP07 | Geriatric             |

| <b>Nr.</b> | <b>Zusatzqualifikationen</b> |
|------------|------------------------------|
| ZP16       | Wundmanagement               |
| ZP20       | Palliative Care              |

# B-6 Gastroenterologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Zentrale Notfallambulanz

## B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Gastroenterologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin, Zentrale Notfallambulanz  
Schlüssel: Innere Medizin (0100)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Peter Loeff  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 4003-230  
Telefax: 0221 4003-395  
E-Mail: Peter.Loeff@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

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

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

## B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie  |
|------|--|
| VC18 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäß-erkrankungen             |
| VC19 | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen |
| VC29 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren                              |

| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie</b>             |  |
|--|--|
| VC52   | Neurochirurgie: Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte „Funktionelle Neurochirurgie“) |
| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie</b>          |  |
| VD01   | Diagnostik und Therapie von Allergien  |
| VD02   | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen  |
| VD04   | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut   |
| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin</b>        |  |
| VI04   | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren  |
| VI05   | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten   |
| 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   |
| VI17   | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen   |
| VI18   | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen   |
| VI19   | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten  |
| VI29   | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |
| VI30   | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  |
| VI35   | Endoskopie   |
| VI43   | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen  |
| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie</b>            |  |
| VR02   | Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie  |
| VR03   | Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie  |
| VR04   | Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie   |
| VR05   | Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel  |
| VR06   | Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie   |
| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie</b> |  |
| VU02   | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz   |
| VU05   | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems  |

## B-6.4 [unbesetzt]

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

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

## B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 834

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang   | ICD | Bezeichnung  | Fallzahl |
|--------|-----|--|----------|
| 1      | E11 | Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2                                       | 118      |
| 2      | N39 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase  | 32       |
| 3 – 1  | I50 | Herzschwäche   | 27       |
| 3 – 2  | F19 | Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen | 27       |
| 5      | E86 | Flüssigkeitsmangel   | 25       |
| 6      | K29 | Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms   | 24       |
| 7      | N17 | Akutes Nierenversagen  | 23       |
| 8      | E10 | Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-1  | 22       |
| 9 – 1  | K52 | Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht     | 16       |
| 9 – 2  | E87 | Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts   | 16       |
| 11 – 1 | A41 | Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)   | 15       |
| 11 – 2 | K92 | Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes   | 15       |
| 13     | A49 | Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet  | 14       |
| 14     | K85 | Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse  | 12       |
| 15     | R40 | Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit  | 11       |
| 16 – 1 | D50 | Blutarmut durch Eisenmangel  | 10       |

| Rang   | ICD | Bezeichnung  | Fallzahl |
|--------|-----|--|----------|
| 16 – 2 | J18 | Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet  | 10       |
| 16 – 3 | A46 | Wundrose – Erysipel  | 10       |
| 19 – 1 | K51 | Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms – Colitis ulcerosa                                  | 9        |
| 19 – 2 | R10 | Bauch- bzw. Beckenschmerzen  | 9        |
| 19 – 3 | I10 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache  | 9        |
| 19 – 4 | K80 | Gallensteinleiden  | 9        |
| 19 – 5 | K70 | Leberkrankheit durch Alkohol   | 9        |
| 24 – 1 | D12 | Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters  | 8        |
| 24 – 2 | R55 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps   | 8        |
| 24 – 3 | F10 | Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol  | 8        |
| 24 – 4 | E13 | Sonstige näher bezeichnete Zuckerkrankheit   | 8        |
| 28 – 1 | C20 | Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs   | 7        |
| 28 – 2 | A09 | Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger | 7        |
| 28 – 3 | K55 | Krankheit der Blutgefäße des Darms   | 7        |

## B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang  | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|-------|-------|--|--------|
| 1     | 1-632 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung  | 508    |
| 2     | 9-984 | Pflegebedürftigkeit  | 503    |
| 3     | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | 221    |
| 4     | 1-650 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie  | 218    |
| 5     | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut                                 | 108    |
| 6     | 9-500 | Patientenschulung  | 106    |
| 7     | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger                         | 81     |
| 8 – 1 | 1-444 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung  | 79     |
| 8 – 2 | 5-513 | Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung  | 79     |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung   | Anzahl |
|--------|-------|---|--------|
| 10     | 5-916 | Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz   | 78     |
| 11     | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen   | 77     |
| 12     | 1-653 | Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung   | 57     |
| 13     | 5-452 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms  | 53     |
| 14 – 1 | 8-836 | Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)   | 44     |
| 14 – 2 | 1-654 | Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung  | 44     |
| 16     | 8-190 | Spezielle Verbandstechnik   | 25     |
| 17     | 5-469 | Sonstige Operation am Darm  | 24     |
| 18     | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien  | 18     |
| 19     | 5-429 | Sonstige Operation an der Speiseröhre   | 16     |
| 20 – 1 | 5-449 | Sonstige Operation am Magen   | 14     |
| 20 – 2 | 1-853 | Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel   | 14     |
| 22 – 1 | 1-442 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall | 13     |
| 22 – 2 | 1-63a | Untersuchung des Dünndarms durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera  | 13     |
| 24 – 1 | 8-153 | Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit                                  | 12     |
| 24 – 2 | 5-431 | Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung   | 12     |
| 24 – 3 | 8-133 | Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke  | 12     |
| 27 – 1 | 8-192 | Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde  | 10     |
| 27 – 2 | 8-132 | Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase   | 10     |
| 27 – 3 | 8-812 | Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen   | 10     |
| 27 – 4 | 1-631 | Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung   | 10     |

## B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Internistische Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

| Angeborene Leistung  |
|--|
| Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |
| Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren  |
| Chronisch entzündliche Darmerkrankungen  |
| Diagnostik und Therapie von Allergien  |
| Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  |
| Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen  |
| Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten   |
| Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas   |
| Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs  |
| Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)  |
| Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen   |
| Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut   |
| Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten  |
| 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 Krankheiten des Peritoneums  |
| Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen   |
| Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz   |
| Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen   |
| Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen   |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems  |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen                                 |
| Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie   |
| Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie  |
| Neurochirurgie: Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte „Funktionelle Neurochirurgie“) |
| Endoskopie   |
| Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie   |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen  |

### Angebote Leistung

Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie

Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel

## §115a Ambulanz

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

### Angebote Leistung

Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Allergien

Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

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

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

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

Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

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 Krankheiten des Peritoneums

Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz

Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

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

Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie

Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie

Neurochirurgie: Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte „Funktionelle Neurochirurgie“)

Endoskopie

### Angebote Leistung

Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie

Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel

## Internistische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

### Angebote Leistung

Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Allergien

Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

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

Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs

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

Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

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 Krankheiten des Peritoneums

Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen

Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz

Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

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

Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie

Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie

| Angebote Leistung  |
|--|
| Neurochirurgie: Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte „Funktionelle Neurochirurgie“) |
| Endoskopie   |
| Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie   |
| Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen  |
| Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie  |
| Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel  |

## Ambulanz Behandlung des Diabetischer Fußes

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

| Angebote Leistung  |
|--|
| Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten |
| Sonstige im Bereich Gynäkologie  |

## Behandlung der Gestationsdiabetes

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

| Angebote Leistung               |
|---------------------------------|
| Sonstige im Bereich Gynäkologie |

## B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS   | Bezeichnung   | Anzahl |
|------|-------|---|--------|
| 1    | 1-650 | Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie                             | 294    |
| 2    | 1-444 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung | 129    |
| 3    | 5-452 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms                  | 75     |
| 4    | 5-469 | Sonstige Operation am Darm  | 35     |
| 5    | 1-632 | Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung   | 17     |

| Rang  | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|-------|-------|--|--------|
| 6     | 1-440 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung | 9      |
| 7 – 1 | 5-429 | Sonstige Operation an der Speiseröhre  | 5      |
| 7 – 2 | 1-652 | Untersuchung des Darmes durch eine Spiegelung über einen künstlichen Darmausgang   | 5      |
| 9     | 1-653 | Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung  | 4      |

## B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-6.11 Personelle Ausstattung

### B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 18,32               |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 18,32               |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 13,19               |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 5,13                |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 6,25                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 6,25                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 4,5                 |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 1,75                |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung                          |
|------|--|
| AQ23 | Innere Medizin                               |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie         |
| AQ27 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie               |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie               |

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung           |
|------|--------------------------------|
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement |
| ZF07 | Diabetologie                   |
| ZF08 | Flugmedizin                    |
| ZF28 | Notfallmedizin                 |

## B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer |
|--|---------------------|------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 13,82               | 3 Jahre          |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 13,41               |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0,41                |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 9,26                |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 4,56                |                  |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger                                       | 0,33                | 3 Jahre          |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,33                |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,22                |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,11                |                  |

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer         |
|--|---------------------|--------------------------|
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer                         | 1,18                | 1 Jahr                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 1,18                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,79                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,39                |                          |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer                                       | 2,4                 | ab 200 Std.<br>Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 2,4                 |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 1,61                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,79                |                          |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0,14                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,14                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,09                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,05                |                          |
| Medizinische Fachangestellte   | 4,61                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 4,61                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 3,1                 |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 1,51                |                          |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

| Nr.  | Zusatzqualifikationen          |
|------|--------------------------------|
| ZP03 | Diabetesberatung (DDG)         |
| ZP04 | Endoskopie/Funktionsdiagnostik |
| ZP16 | Wundmanagement                 |
| ZP20 | Palliative Care                |

# B-7 Allgemeine und Interventionelle Kardiologie

## B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Allgemeine und Interventionelle Kardiologie  
Schlüssel: Kardiologie (0300)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med Hans-Jörg Berger  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 4003-430  
Telefax: 0221 4003-395  
E-Mail: hans-joerg.berger@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

## B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

## B-7.3 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 |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen                               |
| VI34 | Elektrophysiologie  |

## B-7.4 [unbesetzt]

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

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

## B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 515  
Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang   | ICD | Bezeichnung   | Fallzahl |
|--------|-----|---|----------|
| 1      | I50 | Herzschwäche  | 92       |
| 2      | I20 | Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris   | 85       |
| 3      | I21 | Akuter Herzinfarkt  | 50       |
| 4      | I48 | Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens   | 43       |
| 5      | I10 | Bluthochdruck ohne bekannte Ursache   | 27       |
| 6 – 1  | I11 | Bluthochdruck mit Herzkrankheit   | 24       |
| 6 – 2  | I25 | Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens                          | 24       |
| 8      | J44 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD                      | 16       |
| 9 – 1  | Q21 | Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände   | 11       |
| 9 – 2  | I26 | Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie                       | 11       |
| 11     | R55 | Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps  | 10       |
| 12 – 1 | I35 | Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht | 8        |
| 12 – 2 | I49 | Sonstige Herzrhythmusstörung  | 8        |
| 14     | I42 | Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache                                      | 7        |

| Rang   | ICD | Bezeichnung   | Fallzahl |
|--------|-----|---|----------|
| 15     | I95 | Niedriger Blutdruck   | 6        |
| 16     | I27 | Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit                        | 5        |
| 17 – 1 | I40 | Akute Herzmuskelentzündung – Myokarditis  | 4        |
| 17 – 2 | I47 | Anfallsweise auftretendes Herzrasen   | 4        |
| 17 – 3 | R07 | Hals- bzw. Brustschmerzen   | 4        |
| 17 – 4 | S32 | Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens                               | 4        |
| 17 – 5 | N39 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase                     | 4        |
| 22 – 1 | J20 | Akute Bronchitis  | < 4      |
| 22 – 2 | J22 | Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet            | < 4      |
| 22 – 3 | I33 | Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen       | < 4      |
| 22 – 4 | N17 | Akutes Nierenversagen   | < 4      |
| 22 – 5 | Z45 | Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes | < 4      |
| 22 – 6 | R06 | Atemstörung   | < 4      |
| 22 – 7 | I71 | Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader     | < 4      |
| 22 – 8 | A49 | Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet     | < 4      |
| 22 – 9 | D50 | Blutarmut durch Eisenmangel   | < 4      |

## B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang | OPS   | Bezeichnung   | Anzahl |
|------|-------|---|--------|
| 1    | 1-275 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)          | 329    |
| 2    | 8-837 | Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße | 319    |
| 3    | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien  | 288    |
| 4    | 9-984 | Pflegebedürftigkeit   | 184    |
| 5    | 5-377 | Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)                                      | 42     |
| 6    | 8-640 | Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation   | 38     |
| 7    | 1-279 | Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)                           | 34     |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 8      | 1-273 | Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)  | 32     |
| 9      | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger                             | 28     |
| 10     | 1-266 | Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)                                       | 27     |
| 11     | 8-771 | Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung   | 24     |
| 12     | 5-934 | Verwendung eines Herzschrittmachers, der in einem Kernspintomographiegerät verwendet werden kann   | 22     |
| 13     | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen  | 21     |
| 14     | 1-791 | Untersuchung von Herz- und Lungenvorgängen während des Schlafes  | 18     |
| 15     | 1-274 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand           | 17     |
| 16     | 6-002 | Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs   | 7      |
| 17 – 1 | 5-378 | Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators  | 5      |
| 17 – 2 | 1-661 | Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung   | 5      |
| 19 – 1 | 5-900 | Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht   | 4      |
| 19 – 2 | 8-132 | Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase  | 4      |
| 21 – 1 | 8-838 | Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße                           | < 4    |
| 21 – 2 | 8-836 | Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)  | < 4    |
| 21 – 3 | 8-152 | Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit  | < 4    |
| 21 – 4 | 8-153 | Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit | < 4    |
| 21 – 5 | 8-607 | Behandlung durch Unterkühlung zur Verringerung des Sauerstoffbedarfs   | < 4    |
| 21 – 6 | 8-500 | Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)  | < 4    |
| 21 – 7 | 5-896 | Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut                                     | < 4    |
| 21 – 8 | 8-542 | Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut   | < 4    |

| Rang    | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|---------|-------|--|--------|
| 21 – 9  | 8-148 | Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit | < 4    |
| 21 – 10 | 8-137 | Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene  | < 4    |

## B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Kardiologische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

| Angeborene Leistung  |
|--|
| Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    |
| Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |
| Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       |
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |
| Elektrophysiologie   |
| Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe  |

### Kardiologische Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

| Angeborene Leistung  |
|--|
| Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    |
| Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |
| Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       |
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |
| Elektrophysiologie   |
| Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe  |

## Kardiologie Vor- und Nachstationär Ambulanz

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

| Angebote Leistung  |
|--|
| Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)                                    |
| Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen  |
| Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten                                       |
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren                |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit                                 |
| Elektrophysiologie   |
| Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe  |

### B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|------|-------|--|--------|
| 1    | 1-275 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) | < 4    |

### B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-7.11 Personelle Ausstattung

#### B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 4,69                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 4,69                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 4,6                 |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,09                |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 2,6                 |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 2,6                 |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 2,55                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,05                |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung            |
|------|--------------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin                 |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie |

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin      |
| ZF28 | Notfallmedizin       |

## B-7.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer |
|--|---------------------|------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 6,98                | 3 Jahre          |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 6,73                |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0,25                |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 6,84                |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,14                |                  |

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer         |
|--|---------------------|--------------------------|
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger                                       | 0,2                 | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,2                 |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,2                 |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0                   |                          |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer                         | 0,72                | 1 Jahr                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,72                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,71                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,01                |                          |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer                                       | 1,47                | ab 200 Std.<br>Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 1,47                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 1,44                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,03                |                          |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 0,1                 | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,1                 |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,1                 |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0                   |                          |
| Medizinische Fachangestellte   | 0,07                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,07                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,07                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0                   |                          |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

| <b>Nr.</b> | <b>Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse</b> |
|------------|---|
|------------|---|

|      |                 |
|------|-----------------|
| PQ20 | Praxisanleitung |
|------|-----------------|

## **Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

| <b>Nr.</b> | <b>Zusatzqualifikationen</b> |
|------------|------------------------------|
|------------|------------------------------|

|      |                |
|------|----------------|
| ZP16 | Wundmanagement |
|------|----------------|

# B-8 Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Palliativmedizin, Thoraxchirurgie

## B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Pneumologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Palliativmedizin, Thoraxchirurgie  
Schlüssel: Pneumologie (0800)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Dr. med. Alexander Prickartz  
Funktion / Chefarzt  
Arbeits-  
schwerpunkt:  
Telefon: 0221 4003-171  
Telefax: 0221 4003-275  
E-Mail: Alexander.Prickartz@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

## B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

## B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie                                |
|------|--|
| VC08 | Herzchirurgie: Lungenembolektomie  |
| VC11 | Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie   |
| VC12 | Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen |
| VC13 | Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma                                    |
| VC14 | Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie   |

| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie</b>                  |  |
|---|--|
| VC15  | Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe  |
| VC59  | Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie  |
| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin</b>             |  |
| VI02  | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes |
| VI15  | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge                            |
| VI16  | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura   |
| VI18  | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen   |
| VI19  | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten                            |
| VI20  | Intensivmedizin  |
| VI22  | Diagnostik und Therapie von Allergien  |
| VI27  | Spezialsprechstunde  |
| VI32  | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin                                      |
| VI35  | Endoskopie   |
| VI40  | Schmerztherapie  |
| VI00  | Schlafmedizin  |
| VI00  | Sonstige im Bereich Innere Medizin   |
| <b>Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik</b> |  |
| VP14  | Psychoonkologie  |

## **B-8.4 [unbesetzt]**

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

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

## **B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl: 1.851  
 Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-8.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang   | ICD | Bezeichnung   | Fallzahl |
|--------|-----|---|----------|
| 1      | G47 | Schlafstörung   | 500      |
| 2      | J44 | Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD                            | 379      |
| 3      | C34 | Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs   | 251      |
| 4      | J84 | Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge  | 89       |
| 5      | J18 | Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet   | 43       |
| 6      | E66 | Fettleibigkeit, schweres Übergewicht  | 40       |
| 7 – 1  | J12 | Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren   | 33       |
| 7 – 2  | D38 | Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig | 33       |
| 9      | J45 | Asthma  | 26       |
| 10     | D86 | Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung – Sarkoidose   | 24       |
| 11     | I50 | Herzschwäche  | 20       |
| 12     | J69 | Lungenentzündung durch Einatmen fester oder flüssiger Substanzen, z.B. Nahrung oder Blut                      | 19       |
| 13     | C78 | Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen                                | 18       |
| 14     | J47 | Sackförmige Erweiterungen der Bronchien – Bronchiektasen  | 17       |
| 15 – 1 | C80 | Krebs ohne Angabe der Körperregion  | 13       |
| 15 – 2 | J98 | Sonstige Krankheit der Atemwege   | 13       |
| 17 – 1 | J90 | Erguss zwischen Lunge und Rippen  | 12       |
| 17 – 2 | R59 | Lymphknotenvergrößerung   | 12       |
| 19 – 1 | R06 | Atemstörung   | 11       |
| 19 – 2 | R04 | Blutung aus den Atemwegen   | 11       |
| 21 – 1 | J86 | Eiteransammlung im Brustkorb  | 9        |
| 21 – 2 | G12 | Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung              | 9        |
| 21 – 3 | A41 | Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)  | 9        |
| 24 – 1 | C18 | Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)   | 7        |
| 24 – 2 | J10 | Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren   | 7        |
| 24 – 3 | M41 | Seitverbiegung der Wirbelsäule – Skoliose   | 7        |
| 27 – 1 | D14 | Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane   | 6        |
| 27 – 2 | J15 | Lungenentzündung durch Bakterien  | 6        |

| Rang   | ICD | Bezeichnung  | Fallzahl |
|--------|-----|--|----------|
| 27 – 3 | N39 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase        | 6        |
| 27 – 4 | J96 | Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut | 6        |

## B-8.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 1      | 1-790 | Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes  | 1.007  |
| 2      | 1-620 | Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung   | 864    |
| 3      | 1-710 | Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie  | 781    |
| 4      | 9-984 | Pflegebedürftigkeit  | 747    |
| 5      | 1-711 | Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird   | 606    |
| 6      | 8-716 | Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung  | 530    |
| 7      | 8-717 | Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes  | 459    |
| 8      | 1-426 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphdrüsen, Milz bzw. Thymusdrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall | 239    |
| 9      | 1-430 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung  | 138    |
| 10     | 8-144 | Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)                                | 101    |
| 11     | 1-715 | Sechs-Minuten-Gehtest nach Guyatt  | 77     |
| 12     | 5-320 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe eines Luftröhrenastes (Bronchus)  | 40     |
| 13     | 1-432 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall                      | 36     |
| 14 – 1 | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger   | 34     |
| 14 – 2 | 1-275 | Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)   | 34     |
| 16     | 8-522 | Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit – Hochvoltstrahlentherapie   | 33     |
| 17     | 1-795 | Messung der Tagesmüdigkeit bzw. Wachbleibtest – MSLT bzw. MWT  | 32     |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung   | Anzahl |
|--------|-------|---|--------|
| 18 – 1 | 5-333 | Lösung von Verklebungen zwischen Lunge und Brustwand – Adhäsiolyse  | 30     |
| 18 – 2 | 1-691 | Untersuchung des Brustkorbes bzw. des Mittelfells (Mediastinum) durch eine Spiegelung   | 30     |
| 20     | 5-322 | Operative Entfernung von Lungengewebe, ohne Beachtung der Grenzen innerhalb der Lunge   | 29     |
| 21     | 5-339 | Sonstige Operation an Lunge bzw. Bronchien  | 28     |
| 22     | 5-324 | Operative Entfernung von ein oder zwei Lungenlappen   | 26     |
| 23     | 1-844 | Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel                             | 21     |
| 24     | 5-344 | Operative Entfernung des Brustfells (Pleura)  | 20     |
| 25     | 1-581 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Mittelfell (Mediastinum) und anderen Organen des Brustkorbes durch operativen Einschnitt | 18     |
| 26     | 5-345 | Verödung des Spaltes zwischen Lunge und Rippen – Pleurodese   | 16     |
| 27     | 5-323 | Operative Entfernung eines oder zweier Lungenabschnitts – Segmentresektion  | 15     |
| 28     | 8-83b | Zusatzinformationen zu Materialien  | 14     |
| 29 – 1 | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen   | 11     |
| 29 – 2 | 5-325 | Operative Entfernung eines oder zweier Lungenlappen und Teile des angrenzenden Gewebes  | 11     |

## B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Pneumologische Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

| Angeborene Leistung  |
|--|
| Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis   |
| Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes               |
| Diagnostik und Therapie von Allergien  |
| Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) |
| Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  |
| Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge  |
| Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten  |

### Angebote Leistung

- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- Intensivmedizin
- Palliativmedizin
- Schlafmedizin
- Sonstige im Bereich Innere Medizin
- Spezialsprechstunde

## Pneumologische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

### Angebote Leistung

- Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- Diagnostik und Therapie von Allergien
- Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
- Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
- Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
- Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
- Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
- Intensivmedizin
- Palliativmedizin
- Schlafmedizin
- Sonstige im Bereich Innere Medizin
- Spezialsprechstunde

## Pneumologische Vor- und Nachstationäre Ambulanz

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

### Angebote Leistung

- Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
- Diagnostik und Therapie von Allergien

| Angebote Leistung   |
|---|
| Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen                   |
| Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |
| Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten |
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura                  |
| Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen              |
| Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen          |
| Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin           |
| Palliativmedizin  |

## Ambulanz Pneumologie (Bronchoskopie und ambulante Nachbehandlung nach einem stationären Aufenthalt für Patienten mit außerordentlichen komplexen/ seltenen Lungenerkrankungen)

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

| Angebote Leistung   |
|---|
| Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge |

### B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang  | OPS   | Bezeichnung   | Anzahl |
|-------|-------|---|--------|
| 1     | 1-790 | Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes                   | 12     |
| 2 – 1 | 8-717 | Einrichtung und Anpassung des Beatmungsgeräts zur Behandlung von Atemstörungen während des Schlafes | < 4    |
| 2 – 2 | 8-716 | Einrichtung und Anpassung einer häuslichen künstlichen Beatmung                                     | < 4    |
| 2 – 3 | 1-795 | Messung der Tagesmüdigkeit bzw. Wachbleibtest – MSLT bzw. MWT                                       | < 4    |

### B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

- stationäre BG-Zulassung

## B-8.11 Personelle Ausstattung

### B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 9,95                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 9,95                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 9,59                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,36                |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 5,06                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 5,06                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 4,88                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,18                |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung            |
|------|--------------------------------|
| AQ01 | Anästhesiologie                |
| AQ23 | Innere Medizin                 |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie |
| AQ12 | Thoraxchirurgie                |

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung |
|------|----------------------|
| ZF15 | Intensivmedizin      |
| ZF28 | Notfallmedizin       |
| ZF30 | Palliativmedizin     |
| ZF39 | Schlafmedizin        |

## B-8.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer      |
|--|---------------------|-----------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 22,83               | 3 Jahre               |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 22,15               |                       |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0,68                |                       |
| – davon stationäre Versorgung  | 22,2                |                       |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,63                |                       |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger                                       | 0,46                | 3 Jahre               |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,46                |                       |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                       |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,44                |                       |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,02                |                       |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer                         | 1,66                | 1 Jahr                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 1,66                |                       |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                       |
| – davon stationäre Versorgung  | 1,59                |                       |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,07                |                       |
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer                                       | 0,39                | ab 200 Std. Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,39                |                       |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                       |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,37                |                       |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,02                |                       |
| Medizinische Fachangestellte   | 0,38                | 3 Jahre               |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,38                |                       |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                       |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,36                |                       |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,02                |                       |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                              |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                   |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

| Nr.  | Zusatzqualifikationen |
|------|-----------------------|
| ZP08 | Kinästhetik           |
| ZP22 | Atmungstherapie       |
| ZP16 | Wundmanagement        |
| ZP20 | Palliative Care       |

# B-9 Urologie

## B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Urologie  
Schlüssel: Urologie (2200)  
Art: Hauptabteilung

## Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Detlef Rohde  
Funktion /  
Arbeits-  
schwerpunkt: Chefarzt  
Telefon: 0221 4003-221  
Telefax: 0221 4003-359  
E-Mail: Detlef.Rohde@malteser.org  
Straße: Bachemer Straße 29-33  
PLZ / Ort: 50931 Köln  
Adress-Link: <http://www.hildegardis-krankenhaus.de>

## B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

## B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe |
|------|--|
| VG07 | Inkontinenzchirurgie   |
| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin               |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen                 |
| Nr.  | Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie                   |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen  |
| VR02 | Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie                          |
| VR04 | Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie                           |

| Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie            |   |
|---|---|
| VR06  | Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie  |
| VR08  | Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung      |
| VR14  | Optische Verfahren: Optische laserbasierte Verfahren                                  |
| VR28  | Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren |
| Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie |   |
| VU01  | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten                   |
| VU02  | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz  |
| VU03  | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis  |
| VU04  | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters           |
| VU05  | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems                     |
| VU06  | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane                  |
| VU07  | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems               |
| VU10  | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase                  |
| VU11  | Minimalinvasive laparoskopische Operationen   |
| VU12  | Minimalinvasive endoskopische Operationen   |
| VU13  | Tumorchirurgie  |
| VU14  | Spezialsprechstunde   |
| VU18  | Schmerztherapie   |
| VU19  | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik  |
| VU00  | Sonstige im Bereich Urologie  |

## B-9.4 [unbesetzt]

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

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

## B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 1.633

Teilstationäre Fallzahl: 0

## B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

| Rang   | ICD | Bezeichnung  | Fallzahl |
|--------|-----|--|----------|
| 1      | N20 | Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter  | 309      |
| 2      | C67 | Harnblasenkrebs  | 182      |
| 3      | N13 | Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere                              | 165      |
| 4      | N39 | Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase  | 114      |
| 5      | N40 | Gutartige Vergrößerung der Prostata  | 93       |
| 6      | C61 | Prostatakrebs  | 56       |
| 7      | N30 | Entzündung der Harnblase   | 55       |
| 8      | N32 | Sonstige Krankheit der Harnblase   | 45       |
| 9      | N10 | Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen  | 42       |
| 10     | N99 | Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen                                      | 33       |
| 11 – 1 | N45 | Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung  | 32       |
| 11 – 2 | N48 | Sonstige Krankheit des Penis   | 32       |
| 13     | R31 | Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin  | 31       |
| 14     | N43 | Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen | 30       |
| 15     | C64 | Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs   | 27       |
| 16     | N17 | Akutes Nierenversagen  | 20       |
| 17 – 1 | C62 | Hodenkrebs   | 19       |
| 17 – 2 | R39 | Sonstige Beschwerden, die Harnwege bzw. Harnblase betreffen  | 19       |
| 19     | D30 | Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase  | 18       |
| 20     | R33 | Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen  | 17       |
| 21 – 1 | N21 | Stein in der Blase bzw. der Harnröhre  | 16       |
| 21 – 2 | N47 | Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut                     | 16       |
| 23 – 1 | N41 | Entzündliche Krankheit der Prostata  | 12       |
| 23 – 2 | N50 | Sonstige Krankheit der männlichen Geschlechtsorgane  | 12       |
| 25     | N49 | Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane  | 11       |
| 26 – 1 | N44 | Drehung der Hoden mit Unterbrechung der Blutversorgung   | 10       |
| 26 – 2 | A41 | Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)   | 10       |
| 28 – 1 | A49 | Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet                                | 9        |

| Rang   | ICD | Bezeichnung  | Fallzahl |
|--------|-----|--|----------|
| 28 – 2 | N31 | Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung | 9        |
| 28 – 3 | N80 | Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter          | 9        |

## B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 1      | 8-132 | Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase  | 547    |
| 2      | 8-137 | Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife   | 512    |
| 3      | 1-661 | Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung   | 454    |
| 4      | 9-984 | Pflegebedürftigkeit  | 437    |
| 5      | 5-573 | Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre   | 249    |
| 6      | 5-550 | Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung | 220    |
| 7      | 1-665 | Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung  | 207    |
| 8      | 5-601 | Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre   | 148    |
| 9      | 5-985 | Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten   | 133    |
| 10     | 5-562 | Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung   | 103    |
| 11     | 5-572 | Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung   | 97     |
| 12     | 8-110 | Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen  | 93     |
| 13     | 8-800 | Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger   | 74     |
| 14     | 5-585 | Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre  | 69     |
| 15     | 1-999 | Zusatzinformationen zu Untersuchungen  | 66     |
| 16 – 1 | 8-542 | Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut   | 60     |
| 16 – 2 | 5-641 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Penis   | 60     |

| Rang   | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|--------|-------|--|--------|
| 18     | 8-541 | Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers | 52     |
| 19 – 1 | 5-570 | Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung  | 44     |
| 19 – 2 | 8-138 | Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke                                   | 44     |
| 21     | 8-133 | Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke   | 43     |
| 22 – 1 | 1-464 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm  | 31     |
| 22 – 2 | 5-622 | Operative Entfernung eines Hodens  | 31     |
| 24     | 9-200 | Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen  | 28     |
| 25     | 5-640 | Operation an der Vorhaut des Penis   | 27     |
| 26     | 1-460 | Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre  | 25     |
| 27     | 5-554 | Operative Entfernung der Niere   | 24     |
| 28     | 8-543 | Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden          | 23     |
| 29     | 5-582 | Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre   | 21     |
| 30 – 1 | 5-630 | Operative Behandlung einer Krampfadern des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges                           | 20     |

## B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### §115a Ambulanz

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

| Angeborene Leistung   |
|---|
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane        |
| Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz                              |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems           |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems     |
| Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten         |

### Angebote Leistung

Diagnostik und Therapie von Urolithiasis  
Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie  
Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie  
Inkontinenzchirurgie  
Kinderurologie  
Konventionelle Röntgenaufnahmen  
Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie  
Sonstige im Bereich Urologie  
Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik  
Urogynäkologie

## Urologische Notfallambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)

### Angebote Leistung

Andrologie  
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane  
Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz  
Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen  
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters  
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems  
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems  
Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten  
Diagnostik und Therapie von Urolithiasis  
Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie  
Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie  
Kinderurologie  
Konventionelle Röntgenaufnahmen  
Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie  
Schmerztherapie  
Sonstige im Bereich Urologie  
Urogynäkologie

# Urologische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

| Angebote Leistung   |
|---|
| Andrologie  |
| Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane                  |
| Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz  |
| Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen                                |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters           |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems                     |
| Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems               |
| Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten                   |
| Diagnostik und Therapie von Urolithiasis  |
| Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie  |
| Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie  |
| Inkontinenzchirurgie  |
| Allgemein: Interventionelle Radiologie  |
| Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren |
| Kinderurologie  |
| Konventionelle Röntgenaufnahmen   |
| Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie   |
| Schmerztherapie   |
| Sonstige im Bereich Urologie  |
| Spezialsprechstunde   |
| Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik  |
| Urogynäkologie  |

## B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

| Rang | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|------|-------|--|--------|
| 1    | 8-137 | Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife         | 145    |
| 2    | 5-640 | Operation an der Vorhaut des Penis                                 | 77     |
| 3    | 1-661 | Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung | 43     |
| 4    | 3-13d | Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel       | 36     |

| Rang  | OPS   | Bezeichnung  | Anzahl |
|-------|-------|--|--------|
| 5 – 1 | 3-035 | Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung             | < 4    |
| 5 – 2 | 5-624 | Operative Befestigung des Hodens im Hodensack  | < 4    |
| 5 – 3 | 5-641 | Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Penis                                     | < 4    |
| 5 – 4 | 5-581 | Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges  | < 4    |
| 5 – 5 | 5-636 | Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters – Sterilisationsoperation beim Mann | < 4    |
| 5 – 6 | 1-665 | Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung  | < 4    |

## B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-9.11 Personelle Ausstattung

### B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> |
|--|---------------------|
| Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte) | 8,95                |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 8,95                |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 7,52                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 1,43                |
| Davon Fachärztinnen und Fachärzte                                  | 4                   |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                      | 4                   |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                     | 0                   |
| – davon stationäre Versorgung                                      | 3,36                |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                | 0,64                |

<sup>1</sup> Anzahl der Vollkräfte

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

| Nr.  | Facharztbezeichnung |
|------|---------------------|
| AQ60 | Urologie            |

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

| Nr.  | Zusatz-Weiterbildung         |
|------|------------------------------|
| ZF25 | Medikamentöse Tumorthherapie |
| ZF30 | Palliativmedizin             |

### B-9.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer |
|--|---------------------|------------------|
| Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger | 11,61               | 3 Jahre          |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 11,12               |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0,49                |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 9,75                |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 1,86                |                  |
| Altenpflegerinnen und Altenpfleger                                       | 0,18                | 3 Jahre          |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 0,18                |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 0,15                |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,03                |                  |
| Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer                         | 1,67                | 1 Jahr           |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 1,67                |                  |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                  |
| – davon stationäre Versorgung  | 1,4                 |                  |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,27                |                  |

|  | Anzahl <sup>1</sup> | Ausbildungsdauer         |
|--|---------------------|--------------------------|
| Pflegehelferinnen und Pflegehelfer                                       | 1,62                | ab 200 Std.<br>Basiskurs |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 1,62                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 1,36                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,26                |                          |
| Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten | 2,86                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 2,86                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 2,41                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,45                |                          |
| Medizinische Fachangestellte   | 1,86                | 3 Jahre                  |
| – davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis                            | 1,86                |                          |
| – davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis                           | 0                   |                          |
| – davon stationäre Versorgung  | 1,57                |                          |
| – davon ambulante Versorgungsformen                                      | 0,3                 |                          |

<sup>1</sup> Bei Beleghebammen und Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

| Nr.  | Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse |
|------|--|
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches                              |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege                                   |
| PQ20 | Praxisanleitung  |

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

| Nr.  | Zusatzqualifikationen |
|------|-----------------------|
| ZP16 | Wundmanagement        |

# Qualitätssicherung

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

### C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

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

| Leistungsbereich  | Fallzahl | Dok.-Rate | Anz. SO <sup>1</sup> |
|---|----------|-----------|----------------------|
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation   | 24       | 100,00%   | 24                   |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  | < 4      |           | < 4                  |
| Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation                                | < 4      |           | < 4                  |
| Implantierbare Defibrillatoren – Implantation   | 5        | 100,00%   | 5                    |
| Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)  | < 4      |           | < 4                  |
| Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung   | 21       | 100,00%   | 21                   |
| Pflege: Dekubitusprophylaxe   | 263      | 100,00%   | 263                  |
| Hüftendoprothesenversorgung   | 98       | 100,00%   | 98                   |
| – Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur | 95       | 100,00%   | 96                   |
| – Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel                                    | 4        | 100,00%   | 4                    |
| Knieendoprothesenversorgung   | 70       | 100,00%   | 70                   |
| – Knieendoprothesenversorgung: Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen                  | 70       | 100,00%   | 70                   |
| Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie   | 293      | 100,00%   | 293                  |
| Ambulant erworbene Pneumonie  | 99       | 100,00%   | 99                   |

<sup>1</sup> Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze).

## C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|-------------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 138)   | 94,5 %<br>94,41 –<br>94,58                     | ≥ 89,23 %<br>(5. Perzentil)   | 93,97 % ○<br>88,07 –<br>97,05                   | R10 ○<br>109 /116 (entf.)                                     |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich. |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 138)   | 59,74 %<br>59,52 –<br>59,96                    | ≥ 29,31 %<br>(5. Perzentil)   | 44,9 % ○<br>31,85 –<br>58,68                    | R10 ○<br>22 /49 (entf.)                                       |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm <sup>2</sup>  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 138)   | 1<br>0,97 – 1,02                               | ≤ 2,31<br>(95. Perzentil)     | 1,56 ○<br>0,56 – 3,13                           | R10 ○<br>entf.  |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm <sup>2</sup>   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 138)   | 0,91<br>0,9 – 0,92                             | ≤ 2,15<br>(95. Perzentil)     | 0,88 ○<br>0,59 – 1,29                           | R10 ○<br>22 /177 (24,87)                                      |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm <sup>2</sup>                                       |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 138)   | 0,93<br>0,92 – 0,94                            | ≤ 2,06<br>(95. Perzentil)     | 1,14 ○<br>0,8 – 1,57                            | R10 ○<br>25 /106 (21,89)                                      |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>     | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|-----------------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter-<br>untersuchung:<br>Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt  |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 138)   | 0,39 %<br>0,38 – 0,41                          | ≤ 0,83 %<br>(90. Per-<br>zentil)  | 0 % ○<br>0 – 1,29                               | R10 ○<br>0 /293 (entf.)                                       |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter-<br>untersuchung:<br>Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt  |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 138)   | 92,88 %<br>92,63 –<br>93,13                    | ≥ 85,36 %<br>(5. Perzen-<br>til)  | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter-<br>untersuchung:<br>Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde  |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 138)   | 19,05 %<br>18,56 –<br>19,55                    | ≤ 44,93 %<br>(95. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter-<br>untersuchung:<br>Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde   |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 138)   | 5,23 %<br>5,16 – 5,29                          | ≤ 11,57 %<br>(95. Per-<br>zentil) | 4,52 % ○<br>2,31 – 8,66                         | R10 ○<br>8 /177 (entf.)                                       |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheter-<br>untersuchung:<br>Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach<br>Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 138)   | 72,59 %<br>72,11 –<br>73,07                    | ≥ 45,16 %<br>(5. Perzen-<br>til)  | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|-------------------------------|---|---|
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 138)   | 4,21 %<br>4,01 – 4,43                          | ≤ 18,98 %<br>(95. Perzentil)  | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 138)   | 31,26 %<br>31,05 – 31,47                       | ≤ 56,95 %<br>(95. Perzentil)  | 25,37 % ○<br>16,49 – 36,93                      | R10 ○<br>17 /67 (entf.)                                       |
| Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung:<br>Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / DEQS<br>nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 138)   | 12,37 %<br>12,25 – 12,5                        | ≤ 27,44 %<br>(95. Perzentil)  | 16,04 % ○<br>10,26 – 24,19                      | R10 ○<br>17 /106 (entf.)                                      |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 1,05 %<br>0,98 – 1,13                          | ≤ 2,60 %                      | 0 % ○<br>0 – 13,8                               | R10 ➡<br>0 /24 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 0,03 %<br>0,02 – 0,04                          | Sentinel<br>Event             | 0 % ○<br>0 – 11,73                              | R10 ○<br>0 /118 (entf.)                                       |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|-------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH  | 98,53 %                                    | ≥ 90,00 %                     | 100 % ○   | R10 ➡   |
| nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 139)   | 98,43 –<br>98,62                           |                               | 86,2 – 100                                      | 24 /24 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH  | 88,94 %                                    | ≥ 60,00 %                     | 92,31 % ○                                       | R10 ➡   |
| nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 88,73 –<br>89,15                           |                               | 75,86 –<br>97,86                                | 24 /26 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH  | 94,19 %                                    | ≥ 90,00 %                     | 100 % ○   | R10 ➡   |
| nein / <u>Hinweis 6</u> (S. 140)   | 94,02 –<br>94,36                           |                               | 86,2 – 100                                      | 24 /24 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben   |  |                               |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH   | 55,05 %                                    | -                             | 95,83 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)   | 54,68 –<br>55,41                           |                               | 79,76 –<br>99,26                                | 23 /24 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten               |  |                               |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH   | 96,65 %                                    | -                             | 100 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 8</u> (S. 141)   | 96,51 –<br>96,78                           |                               | 86,2 – 100                                      | 24 /24 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten |  |                               |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH   | 0,1 %                                      | -                             | 0 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 9</u> (S. 141)   | 0,07 – 0,12                                |                               | 0 – 13,8  | 0 /24 (entf.)   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>  | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|--------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 10</u> (S. 142)   | 1,78 %<br>1,68 – 1,88                          | ≤ 10,00 %                      | 0 % ○<br>0 – 13,8                               | R10 ➡<br>0 /24 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.   |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 11</u> (S. 142)   | 95,31 %<br>95,23 –<br>95,39                    | ≥ 90,00 %                      | 100 % ○<br>95,68 – 100                          | R10 ➡<br>85 /85 (entf.)                                       |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 1,59 %<br>1,5 – 1,68                           | ≤ 3,00 %                       | 0 % ○<br>0 – 13,8                               | R10 ➡<br>0 /24 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>ja / <u>Hinweis 12</u> (S. 143)   | 1,04<br>0,9 – 1,19                             | ≤ 6,14<br>(95. Per-<br>zentil) | 0 ○<br>0 – 37,02                                | R10 ➡<br>0 /30 (0,10)   |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 12</u> (S. 143)   | 1,01<br>0,97 – 1,04                            | ≤ 2,77<br>(95. Per-<br>zentil) | 1,5 ○<br>0,25 – 4,63                            | R10 ➡<br>entf.  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>  | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|--------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 143)  | 0,87<br>0,85 – 0,89                            | ≤ 3,44<br>(95. Per-<br>zentil) | 0,47 ○<br>0,08 – 2,31                           | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers:<br>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<br>nein / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 143)  | 1,11<br>1,05 – 1,18                            | ≤ 4,29<br>(95. Per-<br>zentil) | 0 ○<br>0 – 10,37                                | R10 ➡<br>0 / 24 (0,32)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 143)  | 0,9<br>0,78 – 1,03                             | ≤ 3,80<br>(95. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.   |  |                                |   |   |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Anzahl an aufgetretenen Problemen. Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 12</a> (S. 143)  | 0,97<br>0,9 – 1,04                             | ≤ 2,63<br>(95. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.   |  |                                |   |   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|-------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell).<br>Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 0,94 %<br>0,82 – 1,08                          | ≤ 2,50 %                      | 0 % ○<br>0 – 43,45                              | R10 ○<br>0 / 5 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 91,04 %<br>90,71 – 91,35                       | ≥ 60,00 %                     | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 14</u> (S. 144)  | 96,82 %<br>96,58 – 97,05                       | ≥ 90,00 %                     | 100 % ○<br>56,55 – 100                          | R10 ○<br>5 / 5 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 15</u> (S. 144)  | 91,75 %<br>91,37 – 92,11                       | ≥ 90,00 %                     | 100 % ○<br>56,55 – 100                          | R10 ○<br>5 / 5 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben   |  |                               |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)  | 55,27 %<br>54,58 – 55,95                       | -                             | entf.<br>entf.                                  | -<br>entf.  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|-------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 0,83 %<br>0,71 – 0,97                          | ≤ 3,00 %                      | 0 % ○<br>0 – 43,45                              | R10 ○<br>0 /5 (entf.)   |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)   | 0,93<br>0,89 – 0,97                            | ≤ 2,72<br>(95. Perzentil)     | 0 ○<br>0 – 4,24                                 | R10 ○<br>0 /5 (0,51)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)   | 1,05<br>0,89 – 1,24                            | ≤ 6,96<br>(95. Perzentil)     | 0 ○<br>0 – 64,97                                | R10 ○<br>0 /5 (0,03)  |
| Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen:<br>Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 16</u> (S. 145)   | 96,17 %<br>96,02 – 96,31                       | ≥ 90,00 %                     | 100 % ○<br>72,25 – 100                          | R10 ○<br>10 /10 (entf.)                                       |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 97,65 %<br>97,58 – 97,72                       | ≥ 90,00 %                     | 100 % ○<br>95 – 100                             | R10 ➡<br>73 /73 (entf.)                                       |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>     | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|-----------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht  |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 93,38 %<br>93,02 –<br>93,72                    | ≥ 86,00 %                         | 100 % ○<br>51,01 – 100                          | R10 ⓘ<br>4 /4 (entf.)   |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 2,28 %<br>2,21 – 2,35                          | ≤ 7,32 %<br>(95. Per-<br>zentil)  | entf. ○<br>entf.                                | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 4,73 %<br>4,56 – 4,9                           | ≤ 11,54 %<br>(95. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 1,48 %<br>1,42 – 1,54                          | ≤ 6,48 %<br>(95. Per-<br>zentil)  | entf. ○<br>entf.                                | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 6,96 %<br>6,59 – 7,36                          | ≤ 19,26 %<br>(95. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | H99 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der Projektgruppe-Leitfaden.  |  |                                   |   |   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>  | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|--------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)   |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 139)  | 0,05 %<br>0,04 – 0,07                          | Sentinel<br>Event              | 0 % ○<br>0 – 5,75                               | R10 ➡<br>0 /63 (entf.)  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)  |  |                                |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 17</a> (S. 145)  | 1,01<br>0,98 – 1,04                            | -                              | 1,43<br>0,4 – 4,39                              | -<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>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<br>nein / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 143)   | 1,02<br>0,99 – 1,04                            | ≤ 2,44<br>(95. Per-<br>zentil) | 0,58 ○<br>0,16 – 2,03                           | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>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<br>nein / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 143)   | 1,02<br>0,99 – 1,06                            | ≤ 2,81<br>(95. Per-<br>zentil) | 1,25 ○<br>0,21 – 3,87                           | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 13</a> (S. 143)   | 1,01<br>0,99 – 1,03                            | ≤ 2,15<br>(95. Per-<br>zentil) | 1,56 ○<br>0,63 – 3,3                            | R10 ➡<br>4 /22 (2,56)   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>  | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|--------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)   | 1,01<br>0,97 – 1,05                            | ≤ 2,06<br>(95. Per-<br>zentil) | 2,37 ○<br>0,43 – 6,62                           | U32 ○<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden   |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 97,32 %<br>97,25 –<br>97,4                     | ≥ 90,00 %                      | 98,53 % ○<br>92,13 –<br>99,74                   | R10 ➡<br>67 /68 (entf.)                                       |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks:<br>Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 10,35 %<br>10,11 –<br>10,59                    | ≤ 15,00 %                      | entf. ○<br>entf.                                | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 98,12 %<br>98,05 –<br>98,2                     | ≥ 90,00 %                      | 100 % ○<br>94,8 – 100                           | R10 ➡<br>70 /70 (entf.)                                       |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 94,43 %<br>94,01 –<br>94,81                    | ≥ 86,00 %                      | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.   |  |                                |   |   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>     | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|-----------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht   |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 97,38 %<br>97,17 –<br>97,59                    | ≥ 90,00 %                         | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.   |  |                                   |   |   |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 99,76 %<br>99,73 –<br>99,78                    | ≥ 98,27 %<br>(5. Perzen-<br>til)  | 100 % ○<br>94,18 – 100                          | R10 ➡<br>50 /50 (entf.)                                       |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 1,17 %<br>1,12 – 1,23                          | ≤ 4,38 %<br>(95. Per-<br>zentil)  | entf. ○<br>entf.                                | R10 ➡<br>entf.  |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 3,76 %<br>3,44 – 4,11                          | ≤ 10,40 %<br>(95. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.   |  |                                   |   |   |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)  | 0,94 %<br>0,9 – 0,99                           | ≤ 3,80 %<br>(95. Per-<br>zentil)  | entf. ○<br>entf.                                | R10 ➡<br>entf.  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|-------------------------------|---|---|
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 4,44 %<br>4,09 – 4,81                          | ≤ 12,79 %<br>(95. Perzentil)  | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.  |  |                               |   |   |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 0,04 %<br>0,03 – 0,05                          | Sentinel<br>Event             | 0 % ○<br>0 – 5,42                               | R10 ➡<br>0 / 67 (entf.)                                       |
| Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)  | 1,08<br>1,01 – 1,17                            | ≤ 4,95<br>(95. Perzentil)     | 0 ○<br>0 – 15,18                                | R10 ➡<br>0 / 70 (0,24)  |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>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<br>nein / <u>Hinweis 18</u> (S. 146)  | 0,93 %<br>0,84 – 1,02                          | Sentinel<br>Event             | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 18</u> (S. 146)  | 88,56 %<br>88,23 – 88,88                       | ≥ 74,11 %<br>(5. Perzentil)   | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>     | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|-----------------------------------|---|---|
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>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<br>nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 146)   | 20,12 %<br>19,41 –<br>20,84                    | ≤ 44,70 %<br>(95. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.  |  |                                   |   |   |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis  |  |                                   |   |   |
| EKez / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 140)  | 11,36 %<br>10,1 –<br>12,76                     | -                                 | entf.<br>entf.                                  | -<br>entf.  |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis  |  |                                   |   |   |
| EKez / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 140)  | 13,12 %<br>12,06 –<br>14,27                    | -                                 | entf.<br>entf.                                  | -<br>entf.  |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis   |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH, QS-<br>Planung<br>nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 146)   | 7,78 %<br>7,35 – 8,24                          | ≤ 20,00 %                         | entf. ○<br>entf.                                | N01 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.  |  |                                   |   |   |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen  |  |                                   |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH, QS-<br>Planung<br>nein / <a href="#">Hinweis 18</a> (S. 146)   | 0,98 %<br>0,88 – 1,09                          | ≤ 5,00 %                          | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>    | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|----------------------------------|---|---|
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter   |  |                                  |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 18</u> (S. 146)  | 3,01 %<br>2,9 – 3,12                           | ≤ 6,19 %<br>(90. Per-<br>zentil) | entf. ○<br>entf.                                | R10 ○<br>entf.  |
| Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter):<br>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-<br>Planung<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)  | 1,12<br>1,05 – 1,19                            | ≤ 4,18                           | 0 ○<br>0 – 421,34                               | R10 ➡<br>entf.  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind<br>(individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).  |  |                                  |   |   |
| EKez / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)   | 17,06 %<br>16,92 –<br>17,2                     | -                                | 27,27 %<br>19,47 –<br>36,77                     | -<br>27 /99 (entf.)   |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind<br>(individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.  |  |                                  |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 146)   | 15,52 %<br>15,35 –<br>15,69                    | -                                | 31,34 %<br>21,51 – 43,2                         | -<br>21 /67 (entf.)   |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.   |  |                                  |   |   |
| EKez / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 20</u> (S. 146)  | 1,02<br>1 – 1,03                               | -                                | entf.<br>entf.                                  | -<br>entf.  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).   |  |                                  |   |   |
| EKez / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)   | 83,04 %<br>82,89 –<br>83,19                    | -                                | 68,18 %<br>56,21 –<br>78,15                     | -<br>45 /66 (entf.)   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|-------------------------------|---|---|
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.                     |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 21</a> (S. 147)   | 93,21 %<br>93,08 –<br>93,34                    | ≥ 90,00 %                     | 92,68 % ○<br>80,57 –<br>97,48                   | R10 ↻<br>38 /41 (entf.)                                       |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>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<br>nein / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 140)   | 97,54 %<br>97,25 –<br>97,81                    | -                             | 100 %<br>70,09 – 100                            | -<br>9 /9 (entf.)   |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |  |                               |   |   |
| EKez / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 19</a> (S. 146)   | 96,86 %<br>96,41 –<br>97,26                    | -                             | 100 %<br>64,57 – 100                            | -<br>7 /7 (entf.)   |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen  |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 4</a> (S. 139)  | 98,77 %<br>98,73 –<br>98,81                    | ≥ 95,00 %                     | 100 % ○<br>96,26 – 100                          | R10 ↻<br>99 /99 (entf.)                                       |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)   |  |                               |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH<br>nein / <a href="#">Hinweis 7</a> (S. 140)   | 98,83 %<br>98,79 –<br>98,87                    | -                             | 100 %<br>95,91 – 100                            | -<br>90 /90 (entf.)   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|-------------------------------|---|---|
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |  |                               |   |   |
| EKez / QSKH  | 98,75 %  | -                             | 100 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 146)  | 98,69 –<br>98,8                                |                               | 93,98 – 100                                     | 60 /60 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.  |  |                               |   |   |
| EKez / QSKH  | 98,68 %  | -                             | 100 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 146)  | 98,63 –<br>98,73                               |                               | 94,58 – 100                                     | 67 /67 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH  | 96,76 %  | ≥ 95,00 %                     | 97,92 % ○                                       | R10 ➡   |
| nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 96,69 –<br>96,82                               |                               | 92,72 –<br>99,43                                | 94 /96 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.  |  |                               |   |   |
| EKez / QSKH  | 96,71 %  | -                             | 96,88 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 146)  | 96,63 –<br>96,79                               |                               | 89,3 – 99,14                                    | 62 /64 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH  | 96,49 %  | ≥ 95,00 %                     | 98,08 % ○                                       | R10 ➡   |
| nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 96,41 –<br>96,58                               |                               | 89,88 –<br>99,66                                | 51 /52 (entf.)  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>  | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup> | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|--|--|-------------------------------|---|---|
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.          |  |                               |   |   |
| EKez / QSKH  | 95,89 %  | -                             | 100 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 146)  | 95,77 – 96                                     |                               | 88,3 – 100                                      | 29 /29 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen   |  |                               |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH  | 92,64 %  | ≥ 90,00 %                     | 91,67 % ○                                       | R10 ➡   |
| nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 92,49 –<br>92,79                               |                               | 74,15 –<br>97,68                                | 22 /24 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.                              |  |                               |   |   |
| EKez / QSKH  | 92,7 %   | -                             | 92,86 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 146)  | 92,52 –<br>92,87                               |                               | 68,53 –<br>98,73                                | 13 /14 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren  |  |                               |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH   | 98,68 %  | -                             | 96 %  | -   |
| nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)   | 98,62 –<br>98,73                               |                               | 86,54 – 98,9                                    | 48 /50 (entf.)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. |  |                               |   |   |
| EKez / QSKH  | 98,64 %  | -                             | 96,43 %   | -   |
| nein / <u>Hinweis 19</u> (S. 146)  | 98,57 –<br>98,71                               |                               | 82,29 –<br>99,37                                | 27 /28 (entf.)  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>    | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|----------------------------------|---|---|
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)   |  |                                  |   |   |
| EKez / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)   | 1,02<br>1 – 1,03                               | -                                | 0,73<br>0,29 – 1,76                             | -<br>4 / 69 (5,48)  |
| Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.  |  |                                  |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 22</u> (S. 147)  | 1,02<br>1 – 1,03                               | ≤ 1,98<br>(95. Per-<br>zentil)   | 0,75 ○<br>0,26 – 1,99                           | R10 ➡<br>entf.  |
| Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 1,89 %<br>1,79 – 2,01                          | ≤ 5,44 %<br>(95. Per-<br>zentil) | 0 % ○<br>0 – 15,46                              | R10 ○<br>0 / 21 (entf.)                                       |
| Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)  | 1,01<br>0,98 – 1,03                            | ≤ 2,26<br>(95. Per-<br>zentil)   | 0,64 ○<br>0,11 – 3,07                           | R10 ➡<br>entf.  |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>  | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|--------------------------------|---|---|
| Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)  | 1,01<br>0,99 – 1,03                            | ≤ 2,16<br>(95. Per-<br>zentil) | 0 ○<br>0 – 0,78                                 | R10 ⇄<br>0 / 20 (4,11)  |
| Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 23</u> (S. 148)  | 1,03<br>0,99 – 1,07                            | Nicht defi-<br>niert           | 1,47 ○<br>0,26 – 7,01                           | N02 ○<br>entf.  |
| Kommentar der beauftragten Stelle:<br>Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.   |  |                                |   |   |
| Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden:<br>Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden   |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 97,3 %<br>97,16 –<br>97,44                     | ≥ 90,00 %                      | 100 % ○<br>81,57 – 100                          | R10 ⇄<br>17 / 17 (entf.)                                      |
| Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden:<br>Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 11,11 %<br>10,86 –<br>11,36                    | ≤ 15,00 %                      | 19,05 % ○<br>7,67 – 40                          | A41 ⇄<br>4 / 21 (entf.)                                       |
| Kommentar / Erläuterung KH:<br>Es fand eine Überprüfung und Optimierung des Planungsprozesses der Operationen statt. Es kam zu einer Reduktion der Gründe, die zu einer erhöhten Wartezeit vor der Operation führten. Des Weiteren wurde eine Schulung der Mitarbeiter durchgeführt.  |  |                                |   |   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>  | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|--------------------------------|---|---|
| Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers:<br>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 1,06 %<br>0,87 – 1,27                          | ≤ 3,10 %                       | entf. ○<br>entf.                                | R10 ⇄<br>entf.  |
| Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers:<br>Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers  |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 1,02 %<br>0,81 – 1,29                          | ≤ 3,00 %                       | entf. ○<br>entf.                                | R10 ⇄<br>entf.  |
| Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers:<br>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<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)  | 1,03<br>0,89 – 1,2                             | ≤ 5,20<br>(95. Per-<br>zentil) | 0 ○<br>0 – 17,39                                | R10 ⇄<br>entf.  |
| Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:<br>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)       |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 0 %<br>0 – 0                                   | Sentinel<br>Event              | 0 % ○<br>0 – 0,06                               | R10 ⇄<br>0 /6.922 (entf.)                                     |
| Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:<br>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)       |  |                                |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)  | 0,06 %<br>0,06 – 0,06                          | -                              | 0,07 %<br>0,03 – 0,17                           | -<br>5 /6.922 (entf.)   |

| Art des Werts /<br>Bezug zum Verfahren<br><br>Bezug Infektionen <sup>1</sup> /<br>Fachl. Hinweis IQTIG <sup>2</sup>   | Bund<br>Ergebnis<br><br>Vertrauens-<br>bereich | Ref.-<br>Bereich <sup>3</sup>  | Ergebnis <sup>4</sup><br>Vertrauens-<br>bereich | Bewertung <sup>5</sup><br>Beob. / Ges.<br>(Erw.) <sup>6</sup> |
|---|--|--------------------------------|---|---|
| Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:<br>Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)  |  |                                |   |   |
| Transparenzkennzahl / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 7</u> (S. 140)  | 0,33 %<br>0,33 – 0,33                          | -                              | 0,42 %<br>0,29 – 0,6                            | -<br>29 /6.922 (entf.)  |
| Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen:<br>Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 13</u> (S. 143)  | 1,05<br>1,04 – 1,06                            | ≤ 2,32<br>(95. Per-<br>zentil) | 1,42 ○<br>1,01 – 1,98                           | R10 ➡<br>34 /6.922 (23,99)                                    |
| Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden):<br>Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt   |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 139)   | 0,24 %<br>0,18 – 0,33                          | ≤ 2,30 %                       | entf. ○<br>entf.                                | R10 ➡<br>entf.  |
| Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden):<br>Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft   |  |                                |   |   |
| Qualitätsindikator / QSKH<br>nein / <u>Hinweis 24</u> (S. 148)  | 98,31 %<br>98,21 –<br>98,41                    | ≥ 95,00 %                      | 100 % ○<br>56,55 – 100                          | R10 ➡<br>5 /5 (entf.)   |

<sup>1</sup> Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

<sup>2</sup> Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

<sup>3</sup> Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

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

<sup>5</sup> Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.  
 N01 = Bewertung nicht vorgesehen: QSKH, DeQS: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;  
 N02 = Bewertung nicht vorgesehen: QSKH, DeQS: Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert;

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: QSKH, DeQS: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich;  
H99 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: QSKH: Sonstiges (im Kommentar erläutert);  
U32 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: QSKH: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle;  
A41 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig: QSKH: Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel.  
👉 = verbessert; ➡ = unverändert; ⚡ = verschlechtert; ⚠ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

<sup>6</sup> 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>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p>   |
| Hinweis 2 | <p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/qs-verfahren/">https://iqtig.org/qs-verfahren/</a></p> |
| Hinweis 3 | <p>Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <a href="https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf">https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</a></p>   |

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)

Hinweis 4 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Hinweis 5 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 6 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
- Hinweis 7 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 8 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

Hinweis 9 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 10 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *European Heart Journal* 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.
- Hinweis 11 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fall-zahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 12 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

Hinweis 13 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 14 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.
- Hinweis 15 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 16 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
- Hinweis 17 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf) Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

- Hinweis 18 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf)
- Hinweis 19 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/Fälle>, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.
- Hinweis 20 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22\\_IQTIG\\_Kez-Umsetzungskonzept.pdf](https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 21 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Hinweis 22 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

## Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 23 Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Hinweis 24 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: [https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG\\_Methodische-Grundlagen-V1.1\\_barrierefrei\\_2019-04-15.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf) Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/> Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitäts-index. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

## 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

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

| IQM  |   |
|--|---|
| Leistungsbereich   | Krankenhaus   |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators  | IQM   |
| Ergebnis   | <a href="https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/mitgliedskliniken/">https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/mitgliedskliniken/</a>                     |
| Messzeitraum   | seit 2014, bis 09/2020  |
| Rechenregeln   | k. A.   |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage | <a href="https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/mitgliedskliniken/">https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/home/mitgliedskliniken/</a>                     |
| GEMIDAS® – Geriatrisches Minimum DataSet   |   |
| Leistungsbereich   | Krankenhaus Geriatrie   |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators  | GEMIDAS® – Geriatrisches Minimum DataSet  |
| Ergebnis   | <a href="http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de">http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de</a>   |
| Datenerhebung  | Gemeinsamer anonymisierter Datensatz: Geschlecht, Alter, Wohnsituation, Verweildauer im Krankenhaus, Diagnosen, Selbsthilfefähigkeit, Mobilität und Entlassungssituation. |

| QKK- Indikatoren-Set   |   |
|--|---|
| Leistungsbereich   | Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser e.V.  |
| Bezeichnung des Qualitätsindicators  | QKK- Indikatoren-Set  |
| Ergebnis   | Prozess- und Ergebnisindikatoren, die Krankenhaus- und Trägerübergreifend dargestellt werden.r  |
| Messzeitraum   | 2020 Die Auswertung erfolgt quartalsweise   |
| Datenerhebung  | Die QKK- Indikatoren setzen sich aus Routinedaten, aus Indikatoren des externen Qualitätssicherung sowie aus eigend von QKK entwickelten Kennzahlen zusammen. |
| Vergleichswerte  | Benchmark mit allen an QKK beteiligten Einrichtungen  |
| Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindicators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage | <a href="http://www.qkk-online.de">http://www.qkk-online.de</a>   |

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

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

### C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

| Leistungsbereich              | Mindestmenge | Erbrachte Menge | Begründung bei Unterschreitung |
|-------------------------------|--------------|-----------------|--------------------------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | 50           | 70              |                                |

### C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

#### C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

| Leistungsbereich              |    |
|-------------------------------|----|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | ja |

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

| Leistungsbereich              | Bestätigte Prognose <sup>1</sup> | Erbrachte Menge 2020 | Menge Quartal 3-4 & 1-2 <sup>2</sup> |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | ja                               | 70                   | 63                                   |

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

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

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

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

| Leistungsbereich              |      |
|-------------------------------|------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | nein |

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

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

| Leistungsbereich              |      |
|-------------------------------|------|
| Kniegelenk-Totalendoprothesen | nein |

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

|    |   | Anzahl <sup>2</sup> |
|----|---|---------------------|
| 1. | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) | 53                  |
| 2. | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt   | 37                  |
| 3. | Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben   | 35                  |

<sup>1</sup> 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](http://www.g-ba.de))

<sup>2</sup> Anzahl der Personen

## C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12. November 2019 sowie der PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 4. Mai 2020. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBl. I S. 597 vom 27. März 2020) und vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat das Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu den §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung vom 28. Oktober 2019 (PpUGV) mit Wirkung zum 1. März 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt. Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16. Juli 2020 (BGBl. I S. 1701) wurden die Melde- und Nachweispflichten für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie zum 1. August 2020 wieder eingesetzt.

Für das Berichtsjahr 2020 liegen demnach Nachweise nach §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für alle pflegesensitiven Bereiche gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 8 (vgl. Tabelle 1) für die Monate Januar und Februar vor. Für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie liegen darüber hinaus Nachweise zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für die Monate August bis Dezember vor. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist gemäß § 137i Absatz 4 Satz 4 SGB V sowie gemäß § 4 der Zweiten PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 27. August 2020 in den Qualitätsberichten darzustellen.

Aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist die Datengrundlage zur Ermittlung des monatsbezogenen (Kapitel C-8.1) sowie des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) im Berichtsjahr 2020 eingeschränkt. Mit den Daten für die Monate

Januar und Februar liegen für die Bereiche Neurologie, Neurologie Schlaganfalleinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils lediglich Daten zu zwei Monaten des Jahres 2020 vor, auf deren Basis der monatsbezogene Erfüllungsgrad (Kapitel C-8.1) ermittelt wurde. Die Erfüllungsgrade sind daher unter Berücksichtigung der eingeschränkten Datengrundlage zu interpretieren und müssen nicht repräsentativ für das gesamte Jahr sein. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus monatsbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

Zur Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) werden die einzelnen Schichten in den pflegesensitiven Bereichen herangezogen. Für das Berichtsjahr 2020 liegen in den pflegesensitiven Bereichen Neurologie, Neurologie Schlaganfalleinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils Daten zu maximal 60 Tag- bzw. Nachtschichten (31 Schichten im Januar + 29 Schichten im Februar) vor. Die oben genannten Limitationen gelten entsprechend. Bei der Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus schichtbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

## C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflege-sensitiver Bereich | Station       | Schicht | Monats-bezogener Erfüllungs-grad <sup>1</sup> | Ausnahme-tatbestände | Kommentar   |
|---------------------------|---------------|---------|---|----------------------|---|
| Geriatric                 | Station Agnes | Tag     | 71,43 %                                       | 0                    |   |
| Geriatric                 | Station Agnes | Nacht   | 57,14 %                                       | 1                    | Kurzfristig krankheits-bedingter Personalausfall: Mitarbeiter haben sich kurzfristig krank gemeldet, es konnte kein Ersatz in der Kürze der Zeit gefunden werden. |
| Geriatric                 | Station Anna  | Tag     | 85,71 %                                       | 0                    |   |
| Geriatric                 | Station Anna  | Nacht   | 71,43 %                                       | 0                    |   |

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

## C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

| Pflegesensitiver Bereich | Station       | Schicht | Schicht-bezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup> |
|--------------------------|---------------|---------|---|
| Geriatric                | Station Agnes | Tag     | 83,59 %                                       |
| Geriatric                | Station Agnes | Nacht   | 85,64 %                                       |

| Pflegesensitiver Bereich | Station      | Schicht | Schicht-bezogener Erfüllungsgrad <sup>1</sup> |
|--------------------------|--------------|---------|---|
| Geriatric                | Station Anna | Tag     | 89,2 %  |
| Geriatric                | Station Anna | Nacht   | 81,69 %                                       |

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

# Qualitätsmanagement

## D-1 Qualitätspolitik

### Patientenorientierung

Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt aller unserer Aktivitäten. Multiprofessionelle und qualifizierte Teams leisten eine optimale medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung mit einem breiten Leistungsspektrum in Diagnostik und Therapie. Ergänzend fühlen wir uns als Krankenhaus mit christlichem Hintergrund ebenso den sozialen und spirituellen Bedürfnissen unserer PatientInnen verpflichtet. Ängste und Sorgen von PatientInnen und Angehörigen nehmen wir ernst und bieten Unterstützung im Umgang damit an. Die individuelle Behandlung und Begleitung steht unter den Grundsätzen der Wertschätzung, des Respekts und der engagierten Fürsorge.

Im Sinne der PatientInnen arbeiten unsere MitarbeiterInnen kooperativ und interdisziplinär zusammen – sowohl über Berufsgruppen als auch über Fachbereiche hinweg. Kurze Wege, Zeitersparnis und eine optimal abgestimmte Behandlung von der Diagnostik bis zur Nachsorge aus einer Hand sind die Vorteile dieser Zusammenarbeit, auf die sich unsere PatientInnen verlassen dürfen.

Mit diesen und weiteren Grundsätzen sorgen wir für ein hohes Maß an Behandlungsqualität und hohe Zufriedenheit bei PatientInnen und Angehörigen.

### Mitarbeiterorientierung

Gegenseitiger Respekt und kooperative Zusammenarbeit zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen sind Grundsätze unseres Führungsverständnisses. Die bestmögliche Behandlung unserer PatientInnen können nur zufriedene MitarbeiterInnen leisten. Daher halten wir attraktive Arbeitsbedingungen, eine offene und teamorientierte Unternehmenskultur und die individuelle Förderung und Entwicklung unserer MitarbeiterInnen für einen wichtigen Bestandteil unseres Selbstverständnisses. Neben Führungsverständnis und Unternehmenskultur gehören dazu beispielsweise die Einbindung unserer Mitarbeiter und ihrer Erfahrungen und Ideen in die Optimierung unserer Prozesse und die Förderung von Eigeninitiative durch die Übertragung von definierten Verantwortlichkeiten. Alle MitarbeiterInnen aller Bereiche, aller Hierarchiestufen und Berufsgruppen verbindet das gemeinsame Ziel: die bestmögliche Patientenversorgung und damit der Erfolg des Krankenhauses.

### Qualität

PatientInnen können sich darauf verlassen, dass ihre medizinische Behandlung höchsten Qualitäts- und Sicherheitsstandards entspricht. Durch eine kontinuierliche Optimierung unserer Prozesse erhöhen wir die Behandlungsqualität kontinuierlich. Mit Instrumenten des klinischen Risikomanagements identifizieren, analysieren und bewerten wir Risiken und ergreifen Maßnahmen, um diese zu reduzieren und zu minimieren. Eine konstruktive Fehlerkultur, die die Ursache und nicht den Verursacher in den Fokus stellt, gewährleistet eine lösungsorientierte Auseinandersetzung mit Fehlern. Das Ziel dabei ist, diese durch eine Ursachenanalyse anschließend zu vermeiden und so die Sicherheit für PatientInnen und MitarbeiterInnen weiter zu erhöhen.

Zur Umsetzung dieser Grundsätze in der kontinuierlichen Optimierung von Qualität und Sicherheit tragen alle MitarbeiterInnen unseres Hauses bei; den Führungskräften obliegt dabei stets eine Vorbildfunktion und die Verantwortung für die Weiterentwicklung des Qualitäts- und Risikomanagements.

## Wettbewerbsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit

Als „Veedelskrankenhaus“ mit über 100-jähriger Tradition im Herzen von Köln-Lindenthal sind wir durch die drei Säulen Qualität, Personal und Wirtschaftlichkeit zukunftssicher aufgestellt. Wir stellen uns aktiv den gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen wie dem zunehmenden Wettbewerb im Krankensektor oder dem demografischen Wandel. Digitalisierung, den medizinischen Fortschritt und neue technische Möglichkeiten nutzen wir zur Optimierung unserer Prozesse und Leistungen. Moderne Verfahren und Methoden in Medizin, Pflege und Therapie fließen in unsere Behandlungsprozesse ein. Die Einbindung unseres Krankenhauses in ein belastbares Netzwerk aus Kooperationspartnern, die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Zuweisern und der professionelle und konstruktive Umgang mit Kostenträgern und Lieferanten sichern unsere Wirtschaftlichkeit langfristig.

## Christliche Orientierung

Innerhalb der Einrichtungen der Stiftung der Cellitinnen e.V. geben konkrete und verbindliche Kennzeichen und Standards den Rahmen für die christliche Orientierung innerhalb des Unternehmens vor. (<https://www.hildegardis-krankenhaus.de/ueber-uns/christliche-orientierung>)

## D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele des St. Hildegardis Krankenhaus 2020

### Mitarbeiterorientierung und –bindung

- Aufbau eines strukturierten und transparenten Fortbildungswesens für alle Berufsgruppen
- Implementierung der 5 Tage Woche im pflegerischen Bereich
- Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Kontinuierliche Maßnahmen zur Pflegeakquise und –bindung (z.B. Social media Plattformen)

### Trägerwechsel

- Durchführung eines Veränderungsprozesses verbunden mit optimaler Kommunikation
- Restrukturierung von Prozessen und Strukturen unter Beibehaltung einer optimalen, qualitativ hochwertigen Patientenversorgung
- Umstellung des Corporate Design und Optimierung der Internet Anwendungen und Social Media Instrumente (Homepage etc.)

### Prozessoptimierung und Digitalisierung

- Digitalisierung von Prozessen, Anbindung von diagnostischen Geräten
- Gemeinsame interdisziplinäre mobile Visite und Anschaffung weiterer mobilen Visitenwägen

- Nachhaltige Umsetzung des gesetzlichen Entlassungsmanagement (digital)
- Umsetzung digitale Aufklärungssoftware per iPad und elektronischer Unterschrift im Bereich der Anästhesie
- Sicherstellung einer zertifizierten Sterilgutversorgung durch einen externen Anbieter in Vollversorgung
- Verbesserung der Erreichbarkeit von Ambulanzen und Sekreteriaten (z.B. über Doctolib und/ oder Servicecenter)

### **Risikomanagement/Patientensicherheit**

- Einführung eines Risikomanagementsystems und dessen operative Umsetzung
- Optimierung des vorhandenen CIRS hinsichtlich Check, Akt und Kommunikation der umgesetzten Maßnahmen
- Einführung eines GPS-Trackingsystem für Patienten mit Hinlauftendenz
- Aktualisierung und Erweiterung des KALEP (z.B. Brand) und Durchführung von Evakuierungs- und MANV Übungen
- Optimierung der Dokumentationsqualität der Prä- und OP-Sicherheitschecklisten
- Ausbau des Dekubitusmanagement hinsichtlich Standardisierung und Dokumentation.
- Implementierung eines Frühwarnsystems zu Überprüfung der Qualitätsindikatoren in der QS und Optimierung der Prozess mittels Software.

### **Zertifizierung**

- Durchführung DIN EN ISO 9001: 2015 – Rezertifizierung
- Implementierung der Strukturen und Prozess des Lungenkrebszentrums (DKG-Kriterien) und erfolgreiche Teilnahme am
- Zertifizierungsaudit des Lungenkrebszentrum Merheih-Kalk-Lindenthal

### **Bauliche Struktur**

- Erweiterung des Ambulanten Zentrums mit zusätzlichem Untersuchungszimmer und neuer Wartezimmerkonstellation

### **Investitionen**

- Anschaffung zweier Beatmungsmaschinen
- Anschaffung eines zweiten C-Bogen im OP/UFT
- Umstellung Telefonanlage

### **Wirtschaftlichkeit**

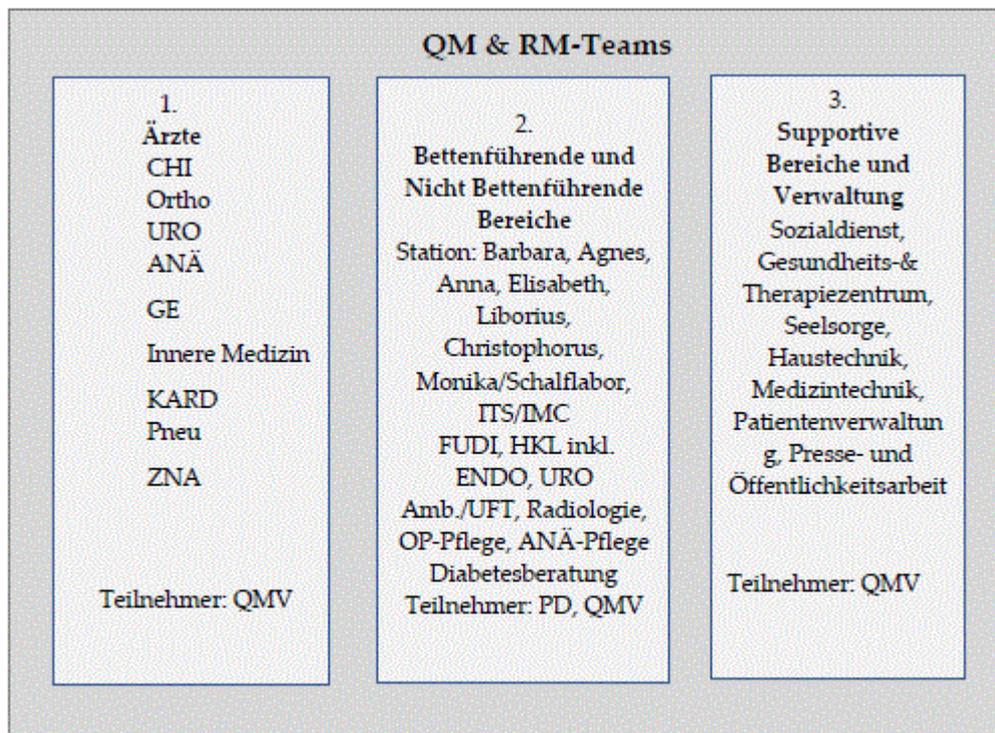
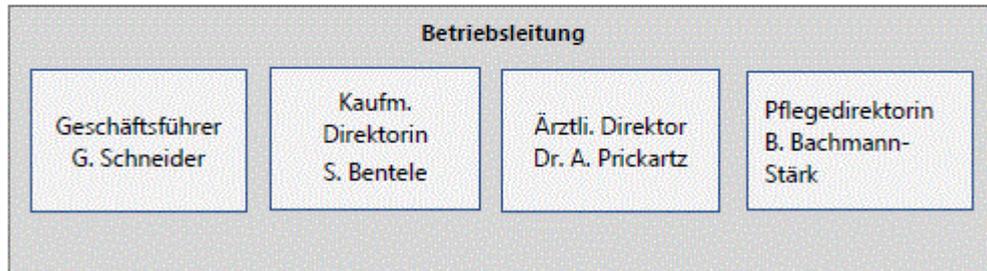
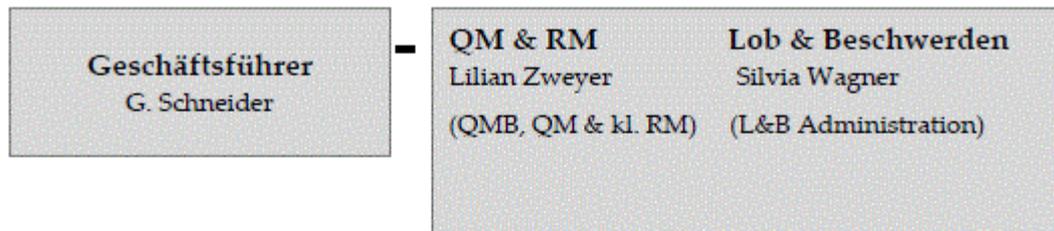
- Erwirtschaftung eines positiven und nachhaltigen betrieblichen Ergebnisses vor Instandhaltung
- Wirtschaftliche Kostensteuerung
- Optimierung der Prozess und Dokumentation unter Berücksichtigung des MDK Reformgesetz (Strukturprüfungen, Prüfungen, Strafzahlungen)
- Implementierung eines nachhaltigen Konzepts ökologisches Krankenhaus (Optimierung Mülltrennung, Müllreduktion (Verpackungen, Einwegprodukte), Mitarbeiteraktivierung zum Energiesparen)

## COVID 19 / Coronavirus

- Einrichtung eines Krisenstabs und entsprechender Kommunikationsstrukturen
- Aufbau COVID 19 Behandlungspfad inkl. Regelung aller Schnittstellen
- Schulung der Mitarbeiter zum Krankheitsbild COVID 19
- Entwicklung neuer Dienstplanmodelle und Einsatzplanungen
- Beschaffung und Regelung zur Logistik bzgl. persönlicher Schutzkleidung
- Anschaffung von Beatmungsgeräten und weiteres Equipment
- Einrichtung einer COVID 19 Station, Optimierung der Infrastruktur der ZNA und Intensivstation
- Sicherstellen der Kommunikation und Austausch mit externen Stellen (Behörden, Berufsfeuerwehr etc.)
- Vermeidung einer wirtschaftlich negativen Entwicklung durch Kostencontrolling und Nutzung von Fördermitteln etc.

## D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Strukturen unseres Qualitätsmanagement orientieren sich an den Anforderungen aus der DIN EN ISO 9001:2015. Die Organisation des Qualitäts- und Risikomanagement ist im folgenden Organigramm festgelegt.



## D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im St. Hildegardis Krankenhaus werden verschiedene Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagement eingesetzt:

- Prozessmanagement
- Lob- und Beschwerdemanagement

- Interne, externe Audits sowie diverse Begehungen
- diverse Zertifizierungsverfahren (DIN EN ISO 9001:2015, AltersTraumaZentrum, Herniensiegel etc.)
- Teilnahme an der Externen Qualitätssicherung und QKK
- Dekubitusmanagement
- Sturzmanagement
- Managementbewertung
- Lieferanten- und externe Dienstleisterbewertungen
- Meldesystem für Beinahevorkommnisse (CIRS)
- Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Befragungen

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

Aufgrund der Corona-Pandemie und dem Trägerwechsel wurden 2020 keine Qualitätsmanagementprojekte durchgeführt.

## **D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements**

Das St. Hildegardis Krankenhaus führt im Berichtsjahr 2020 die folgenden Bewertungen des Qualitäts- und Risikomanagement durch:

- Interne Audits

in allen Fachabteilungen, Stationen und Funktionsbereiche wurden durchgeführt.

- Managementbewertung

Die jährliche Managementbewertung gibt einen Überblick über den Stand und die Wirksamkeit des Qualitäts- und Risikomanagementsystems.

Sie dient als Bewertungsgrundlage, um geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Managementsystems einleiten zu können.

- Re-Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015

2020 wurde das St. Hildegardis erfolgreich zum zweiten Mal rezertifiziert. Die Auditoren stellten erneut fest, dass das Krankenhaus die Anforderung der

DIN EN ISO 9001 erfüllt.

**Augustinerinnen Krankenhäuser gGmbH  
St. Hildegardis Krankenhaus  
Bachemer Str. 29-33  
50931 Köln**

**Tel.: 0221 4003-0  
Fax: 0221 4003-349**

**[www.hildegardis-krankenhaus.de](http://www.hildegardis-krankenhaus.de)  
[krankenhaus.koeln@malteser.org](mailto:krankenhaus.koeln@malteser.org)**

Das St. Hildegardis Krankenhaus steht in der Trägerschaft der Augustinerinnen Krankenhäuser gGmbH.  
Alleiniger Gesellschafter ist die Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln.

Sitz der Gesellschaft: Köln  
Amtsgericht Köln  
HRB 35663

Geschäftsführer  
Gunnar Schneider  
Dieter Kesper

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Gunnar Schneider als Geschäftsführer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.