



St. Agatha Krankenhaus
Köln-Niehl

Qualitätsbericht 2021

St. Agatha Krankenhaus Köln

Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V
über das Berichtsjahr 2021

Einfach da sein





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

Das St. Agatha Krankenhaus ist ein Krankenhaus der Grundversorgung im Kölner Norden. Es steht unter der Trägerschaft der St. Agatha Krankenhaus gGmbH. Alleinigere Gesellschafter ist die Stiftung der Cellitinnen e.V. in Köln. Das Haus wurde im Jahre 1894 von Ordensschwwestern der Cellitinnen nach der Regel des Heiligen Augustinus zunächst als Kinderheim gegründet. 1905 wurde das Krankenhaus eingeweiht. Es ist im Ortskern von Köln-Niehl angesiedelt, einem Viertel mit altem Fischerdorfkern und umgeben von zahlreichen Industriebetrieben sowie dem Niehler Hafen.

Als katholisches Krankenhaus treten wir den Menschen aller Kulturen offen entgegen. Aufgabe unseres Krankenhauses ist die stationäre (Notfall-)Versorgung der Bevölkerung; primär im Kölner Norden. Unsere somatischen Fachabteilungen gliedern sich in die Inneren Medizin mit den Schwerpunkten der Geriatrischen Komplexbehandlung und der speziellen Versorgung von langzeitbeatmeten Patienten; der Allgemein-, Viszeral- und Unfallchirurgie mit dem überregionalen Schwerpunkt der Schilddrüsenchirurgie, der Plastisch/Ästhetischen Chirurgie und Handchirurgie sowie der Anästhesie.

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Klinik ist die Abteilung für Seelische Gesundheit mit den zwei Fachbereichen der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Hier werden neben der akuten stationären Versorgung auch tagesklinische und -in der Psychiatrische Institutsambulanz- auch ambulante Versorgungsleistungen angeboten.

Neben der hohen fachlichen Qualifikation und der Leistungsfähigkeit sehen wir eine fürsorgliche und menschliche Pflege und Behandlung unserer Patientinnen und Patienten als Akt der Nächstenliebe im Sinne unseres Leitbildes an. Unser zentrales Anliegen ist die ganzheitliche Versorgung der Menschen. Wichtig ist uns, zu allen Personen, Organisationen und Einrichtungen, die an der Betreuung unserer Patientinnen und Patienten beteiligt sind, einen guten und kooperativen Kontakt zu pflegen.

Die Krankenhausleitung ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im vorliegenden Qualitätsbericht.

Susanne Jost
Geschäftsführerin

Inhaltsverzeichnis

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

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

- 36 B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

- 37 B-1 Innere Medizin und Intensivmedizin
- 37 B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 37 B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 37 B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 42 B-1.4 [unbesetzt]
- 43 B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 43 B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 43 B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 44 B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 46 B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 47 B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 47 B-1.11 Personelle Ausstattung
- 47 B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte
- 48 B-1.11.2 Pflegepersonal

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

- 58 B-3 Plastische und Ästhetische Chirurgie, Rekonstruktive Mikrochirurgie und Handchirurgie
- 58 B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

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

- 68** B-4 Abteilung für Seelische Gesundheit (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie)
- 68** B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 68** B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 68** B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 69** B-4.4 [unbesetzt]
- 70** B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
- 70** B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD
- 70** B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS
- 71** B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- 71** B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
- 72** B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
- 72** B-4.11 Personelle Ausstattung
 - 72** B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte
 - 73** B-4.11.2 Pflegepersonal
 - 74** B-4.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

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

80	C	Qualitätssicherung
81	C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
81	C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate
81	C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung
92	C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
92	C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
93	C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
93	C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
93	C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V
93	C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
94	C-8	Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr
94	C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG
94	C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG
95	D	Qualitätsmanagement
96	D-1	Qualitätspolitik
99	D-2	Qualitätsziele
100	D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
101	D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements
102	D-5	Qualitätsmanagement-Projekte
103	D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements
104		Glossar

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G–BA u. a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G–BA-Beschluss vom 27. März 2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name:	St. Agatha Krankenhaus Köln
Institutionskennzeichen:	260530385
Standortnummer:	772647000
Standortnummer (alt):	00
Straße:	Feldgärtenstraße 97
PLZ / Ort:	50735 Köln
Telefon:	0221 7175-0
Telefax:	0221 7175-1119
E-Mail:	info@st-agatha-krankenhaus.de

Ärztliche Leitung

Name:	Dr. Ulrich Fabian
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Ärztlicher Direktor
Telefon:	0221 7175-2110
Telefax:	0221 7175-2119
E-Mail:	fabian@st-agatha-krankenhaus.de

Pflegedienstleitung

Name:	Karin Janz
Funktion / Arbeitsschwerpunkt:	Pflegedirektorin
Telefon:	0221 7175-3003
Telefax:	0221 7175-3009
E-Mail:	janz@st-agatha-krankenhaus.de

Verwaltungsleitung

Name: Susanne Jost
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 0221 7175-1110
Telefax: 0221 7175-1119
E-Mail: jost@st-agatha-krankenhaus.de

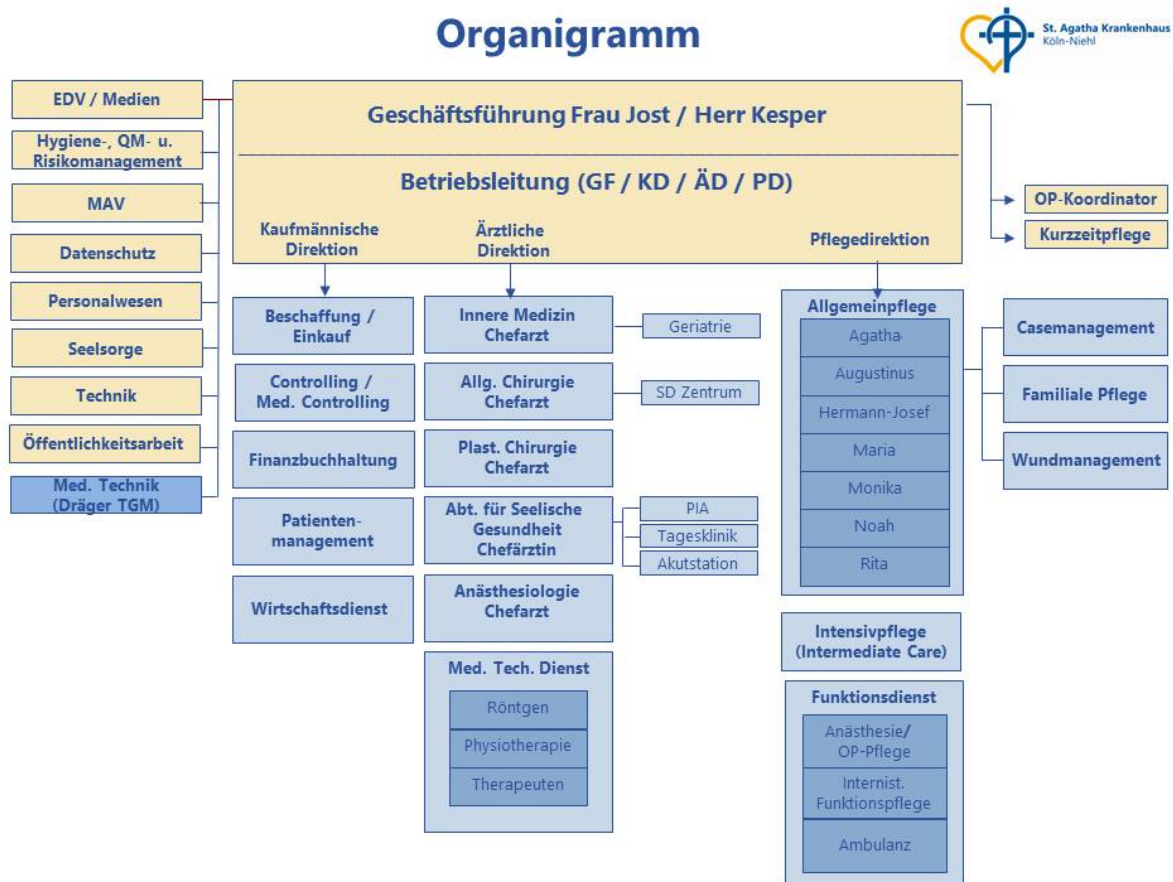
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Stiftung der Cellitinnen e.V.
Art: freigemeinnützig

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses



A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: ja

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP02	Akupunktur
MP03	Angehörigenbetreuung/–beratung/–seminare
MP53	Aromapflege/–therapie
MP04	Atemgymnastik/–therapie
MP06	Basale Stimulation

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP56	Belastungstraining/–therapie/Arbeitserprobung
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP27	Musiktherapie
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP37	Schmerztherapie/–management
MP63	Sozialdienst
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
MP45	Stomatherapie/–beratung
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
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	als Wahlleistung
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	als Wahlleistung
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	

Nr.	Leistungsangebot	Kommentar / Erläuterung
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge/spirituelle Begleitung	katholisch und evangelisch
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name: Petra Martorana
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Sek. Geschäftsführerin
 Telefon: 0221 7175-1111
 Telefax: 0221 7175-1119
 E-Mail: sekvd@st-agatha-krankenhaus.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
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	

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF13	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit: Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	
BF14	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung: Arbeit mit Piktogrammen	
BF17	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	Wir stehen in Kooperation mit einem externen Anbieter
BF18	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	bis 150 KG
BF19	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Röntgen-einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	bis 150 KG
BF20	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung: Untersuchungseinrichtungen/–geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	bis 150 KG

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar / Erläuterung
BF21	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung; Hilfsmittel zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	bis 150 KG
BF22	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung; Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF24	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien: Diätische Angebote	
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	

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB19	Pflegfachfrauen und Pflegfachmänner	

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar / Erläuterung
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	
HB07	Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)	und auch Chirurgisch Technische Assistenten (CTA)
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl: 174

174 Planbetten und 16 tagesklinische Plätze

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 3.954

Teilstationäre Fälle: 99

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 10.659

Fälle in StäB¹: 0

¹ Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	43,92
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	43,88
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04
– davon stationäre Versorgung	42,92
– davon ambulante Versorgungsformen	1

	Anzahl ¹
Fachärztinnen und Fachärzte	21,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	21,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	20,6
– davon ambulante Versorgungsformen	1

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

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	84,46	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	78,39	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	6,07	
– davon stationäre Versorgung	82,1	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,36	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	5,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	1	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	3	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,4	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,4	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

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

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	41,13	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,19	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,94	
– davon stationäre Versorgung	38,77	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,36	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	4,6	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,6	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,6	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	1	7-8 Semester
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	2	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

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

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

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	1,89	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,89	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,89	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	2,5	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)	3,2	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	1,3	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,3	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,7	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	2,5	
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	1,3
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,3
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	2,05
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,05
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,05
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	2
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	4,1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	4,1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	0,75
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,75
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,75
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	5
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	5
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	1,89
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,89
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,89
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	2,5
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,5
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	2,5
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,5
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	2
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	6
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	6
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	5
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	5
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP58	Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	3,2
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,2
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,2
	– davon ambulante Versorgungsformen	0
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	1,5
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,5
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,5
	– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Susanne Jost
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 0221 7175-1110
Telefax: 0221 7175-1119
E-Mail: jost@st-agatha-krankenhaus.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Stabstelle Qualitäts-, Risiko- und Hygienemanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung, Technik
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Susanne Jost
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführerin
Telefon: 0221 7175-1110
Telefax: 0221 7175-1119
E-Mail: jost@st-agatha-krankenhaus.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Stabstelle Qualitäts-, Risiko- und Hygienemanagement, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung, Technik
Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Kontinuierliche Fortschreibung Letzte Aktualisierung: 30.09.2021

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/–konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Name: OP-Statut Letzte Aktualisierung: 04.10.2021
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 20.12.2021
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: monatlich

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
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: bei Bedarf

Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit:
siehe Qualitätsmanagement / Projekte, diverse Audits und interne Begehungen zum Arbeits- und Patientenschutz. Kontinuierliche Bearbeitung einer Risikomatrix mit Analyse, Bewertung und Handlungsempfehlungen.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Es wird kein einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem eingesetzt.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹	Kommentar / Erläuterung
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygieniker	1	extern
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	4	
Hygienefachkräfte (HFK)	2	
Hygienebeauftragte in der Pflege	15	

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Dr. med. Ulrich Fabian
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor

Telefon: 0221 7175-2110
Telefax: 0221 7175-2119
E-Mail: fabian@st-agatha-krankenhaus.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

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 Antibiotika-
prophylaxe liegt vor: ja

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und
Verbandwechsel liegt vor: ja

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

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen
wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen: 125 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgeminstationen
wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemein-
stationen: 45 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt
auch stationsbezogen: ja

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

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar / Erläuterung
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS OP-KISS	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Mitglied im "mre-netz regio rhein-ahr"	MRE-Siegel seit November 2013 und in 2021 rezertifiziert.
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten		wird extern durchgeführt
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygiene-bezogenen Themen		Regelmäßig, mehrmals im Jahr

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja, Fragebögen
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	ja
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	ja
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Petra Marturana Sek. Geschäftsführerin Telefon: 0221 7175-1111 Telefax: 0221 7175-1119 E-Mail: sekvd@st-agatha-krankenhaus.de
BM07	Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Apollonia Joeres Patientenfürsprecherin Telefon: 0221 7175-1111 E-Mail: sekvd@st-agatha-krankenhaus.de
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja
BM09	Es werden regelmäßig Patientebefragungen durchgeführt	Wir führen eine kontinuierliche Patientebefragung bei uns im Hause durch. Die Ergebnisse werden halbjährlich als Ergebnismatrix für das Qualitätsmanagement verwendet.
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt	ja, jährlich

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. Ulrich Fabian
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt
Telefon: 0221 7175-2110
Telefax: 0221 7175-2119
E-Mail: fabian@st-agatha-krankenhaus.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	1

¹ Anzahl der Personen

in Zusammenarbeit mit der Kronen-Apotheke Wesseling

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	
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS10	Medikationsprozess im Krankenhaus: Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Fallbesprechungen Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen Aushändigung des Medikationsplans Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	<input checked="" type="checkbox"/>
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/–unterstützung		<input checked="" type="checkbox"/>

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

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Teilnahme an der strukturierten Notfallversorgung: ja

Stufe der Notfallversorgung, welcher das Krankenhaus zugeordnet ist

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

- Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)

Kommentar:

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

Basisnotfallversorgung (Stufe 1)

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

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

- 37** 1 Innere Medizin und Intensivmedizin
- 49** 2 Allgemein-, Viszeral-, Unfallchirurgie
- 58** 3 Plastische und Ästhetische Chirurgie, Rekonstruktive Mikrochirurgie und Handchirurgie
- 68** 4 Abteilung für Seelische Gesundheit (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie)
- 76** 5 Anästhesie

B-1 Innere Medizin und Intensivmedizin

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Innere Medizin und Intensivmedizin
Schlüssel: Innere Medizin (0100)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Gunther Quinkler
Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt
Telefon: 0221 7175-2211
Telefax: 0221 7175-2219
E-Mail: quinkler@st-agatha-krankenhaus.de
Straße: Feldgärtenstr. 97
PLZ / Ort: 50735 Köln

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

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO		
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH16	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	
VH17	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin		Kommentar / Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	alle Verfahren der konservativen Kardiologie, Psychokardiologie in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Seelische Gesundheit im Hause.
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	Farbdoppler, Herzultraschall einschl. transösophagealer Echokardiographie, Stress-Echo, sowie Spiroergometrie und Ergometrie. Es werden 24-Std-Langzeit-EKG- und Blutdruckmessungen sowie Event-Rekorder für auftretende Herzrhythmusstörungen über mehrere Tage.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	Ultraschall, Beinvenendoppler und Beinarteriendoppler.
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	Ultraschall der Halsarterien, Computertomographie des Gehirn.
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Ernährungsberatung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	amb. u. stat. Magen- und Darmspiegelungen mit Polypektomien, Gallengang- und Pankreasspiegelung, Röntgendarstellung (ERCP), Ösoph.-Stenteinlage. Mitbehandlung von Anorexie-Patienten bei starkem Untergewicht in Kooperation mit der Abteilung für Seelische Gesundheit im Hause.
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	Hämorrhoiden-Ligatur und Sklerosierung.
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	Endoskopisch retrograde Gallen- und Pankreasdarstellung mit Papillotomie und Stent.
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	Zur Therapie von Lungenerkrankungen stehen flexible und starre Bronchoskope mit Argonlaser-Behandlung von Lungentumoren zur Verfügung. Eine Bodyplethysmographie einschließlich Lungendiffusionsmessung hilft Funktionsstörungen der Lunge aufzudecken. Einstellung auf ein Heimbeatmungsgerät ist möglich.
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	Pleuradrainage bei Erguß und Pneumothorax.
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	Endoskopische Diagnostik sowie Computertomographie. Assoziation Tumorboard.
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin	Kommentar / Erläuterung
VI20	Intensivmedizin	Wir erhalten Zuweisungen von schwerkranken und post-operativen Patienten zur Beatmungsentwöhnung bei Langzeitbeatmung (optional Dialyse möglich). Es werden schwer luftnötige Patienten mit Heimbeatmungsgeräten eingestellt. Hierzu steht ein Intensiv- sowie Intermediate-Care-Bereich zur Verfügung.
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	Es wird eine geriatrische Komplexbehandlung mit intensiver ergotherapeutischer und krankengymnastischer Therapie zur Wiederherstellung der Alltagsbelastbarkeit bei akuten Erkrankungen angeboten.
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	Schlafapnoe-Screening.
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI35	Endoskopie	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	
VI00	Alkoholentgiftung mit strukturiertem Konzept	Qualifizierter Entzug

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie	Kommentar / Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	Nicht invasive Beatmungstechniken bei ALS
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN23	Schmerztherapie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	
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	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	KIMPSY: interdisziplinäre Behandlung von somatischen Erkrankungen mit sekundären psychischen Störungen wie Angst und Depression
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie		
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie	
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie	
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel	
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
Nr. 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	
VU18	Schmerztherapie	

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: 1.246
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 64

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	74
2	I50	Herzschwäche	73
3	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	55
4	E86	Flüssigkeitsmangel	53
5 – 1	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	52
5 – 2	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	52
7	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	51
8	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	38
9	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	37
10	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	35

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-984	Pflegebedürftigkeit	732
2	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	483
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	352
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	274
5	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	270

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	241
7	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	217
8	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	149
9	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	130
10	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	110

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Internistische Ambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)
 Erläuterung: Internistische Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
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
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen

Nr.	Angebotene Leistung
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI35	Endoskopie
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR44	Allgemein: Teleradiologie

Internistische Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz
 Erläuterung: Internistische Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH17	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
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
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
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
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura

Nr.	Angebotene Leistung
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI35	Endoskopie
VI40	Schmerztherapie
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR44	Allgemein: Teleradiologie
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	93
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	6
3 – 1	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	< 4
3 – 2	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4

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 ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	10,79
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,79
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,79
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	3,6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,6
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF09	Geriatric

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF30	Palliativmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-1.11.2 Pflegepersonal

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ15	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP07	Geriatric
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

B-2 Allgemein-, Viszeral-, Unfallchirurgie

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Allgemein-, Viszeral-, Unfallchirurgie
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie (1500)
Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie (1516)
Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie (1550)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Prof. Dr. med. Hans Udo Zieren
Funktion / Chefarzt / Schilddrüsenchirurgie
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0211 7175-2011
Telefax: 0211 7175-2019
E-Mail: zieren@st-agatha-krankenhaus.de
Straße: Feldgärtenstr. 97
PLZ / Ort: 50735 Köln

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

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

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
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	
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	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie	
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde	
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen	
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin	
VC00	Bauchdeckenbruchoperationen	Alle Arten von Operationen bei Bauchdecken- und Leistenbrüchen mit und ohne Netzimplantation. Leistenbruch-OP in lokaler Betäubung ohne Voll- oder Teilnarkose.
VC00	Minimalinvasive endoskopische Operationen	Minimalinvasive Operationen z.B. an der Galle, am Blinddarm, am Dickdarm, an der Schilddrüse und am Kniegelenk
VC00	Schilddrüsenoperationen	Alle Arten von Operationen an der Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei bösartigen Erkrankungen. Minimal Invasive Thermoablation von Schilddrüsenknoten. Zertifiziertes Kompetenzzentrum.
VC00	Spezialsprechstunde	Spezialsprechstunden: Montag bis Donnerstag 14.00 – 16.00 Uhr: - Schilddrüse - Nebenschilddrüse - Hernien - Tumore - Proktologie - Berufsgenossenschaft
VC00	Tumoroperationen	Tumoroperationen erfolgen nach den aktuellen Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft. Die Klinik ist Mitglied im Darmzentrum Köln.

Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
VD20	Wundheilungsstörungen
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO15	Fußchirurgie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis

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: 1.776
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 40

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	670
2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	196
3	C73	Schilddrüsenkrebs	87
4	E05	Schilddrüsenüberfunktion	75
5	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	47
6 – 1	S52	Knochenbruch des Unterarmes	36
6 – 2	K40	Leistenbruch (Hernie)	36
8	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	34
9 – 1	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	28
9 – 2	E06	Schilddrüsenentzündung	28

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	1.100
2	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	742
3	5-063	Operative Entfernung der Schilddrüse	531
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	458
5	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	428
6	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	297
7	5-061	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte	279
8	5-062	Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse	227
9	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	174
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	124

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Chirurgische Ambulanz

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24 Stunden)
Erläuterung: Chirurgische Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VC21	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
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
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde

D- Arzt Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC00	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC00	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	12
2 – 1	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	10
2 – 2	5-898	Operation am Nagel	10
4 – 1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
4 – 2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	< 4
4 – 3	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
4 – 4	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	< 4
4 – 5	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4
4 – 6	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	< 4
4 – 7	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4 – 8	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	< 4
4 – 9	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
4 – 10	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4

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 ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	10,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	10,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement

B-3 Plastische und Ästhetische Chirurgie, Rekonstruktive Mikrochirurgie und Handchirurgie

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Plastische und Ästhetische Chirurgie, Rekonstruktive Mikrochirurgie und Handchirurgie
Schlüssel: Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie (1519)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Dr. med. Ulrich Fabian
Funktion / Chefarzt
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0221 7175-2111
Telefax: 0221 7175-2119
E-Mail: fabian@st-agatha-krankenhaus.de
Straße: Feldgärtenstr. 97
PLZ / Ort: 50735 Köln

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

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

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Augenheilkunde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA15	Plastische Chirurgie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC68	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
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	
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
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	
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	
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	Die plastisch- rekonstruktive Chirurgie beinhaltet die Wiederherstellung der Körperoberfläche nach Unfällen oder Tumoroperationen. Als Schwerpunkte zählen die Brustchirurgie und Operationen nach Adipositasbehandlung. Es besteht ein interdisziplinäres Behandlungskonzept für chronische Wunden.
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie	Verbrennung bis 10% der Körperoberfläche
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie	Kommentar / Erläuterung
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen	Handgelenk
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie		
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD20	Wundheilungsstörungen	
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe		
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
Nr. Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO		
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO14	Endoprothetik	Hand und Handgelenk
VO15	Fußchirurgie	von Verbrennungsfolgen
VO16	Handchirurgie	Behandlung aller frischen Verletzungen der Hand mit Nerven-, Gefäß-, Sehnen- und Knochenbeteiligung sowie Amputationen. Es bestehen ein 24ständiger Replantationsbereitschaftsdienst und eine Zulassung zum berufsgenossenschaftlichen Verletztenartenverfahren für Handchirurgie.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie	Kommentar / Erläuterung
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	Behandlung Reflexdystrophie
VO21	Traumatologie	
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie	
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ	
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	

B-3.4 [unbesetzt]

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

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

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 388
 Teilstationäre Fallzahl: 0
 Anzahl Betten: 15

B-3.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M18	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes	46
2	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	36
3	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	28
4	C44	Sonstiger Hautkrebs	17
5	S63	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern im Bereich des Handgelenkes oder der Hand	16
6	G56	Funktionsstörung eines Nervs am Arm bzw. an der Hand	14
7	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	13
8	M15	Verschleiß (Arthrose) an mehreren Gelenken	11

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	10
10	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe – Phlegmone	9

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	191
2	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	134
3	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	119
4	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	117
5	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	115
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	67
7	5-824	Operatives Einsetzen eines künstlichen Gelenks am Arm oder an der Schulter	51
8	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	50
9	5-983	Erneute Operation	49
10	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	47

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Handchirurgische Ambulanz

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VA15	Plastische Chirurgie
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen

Nr.	Angebotene Leistung
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
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie

Plastisch-Chirurgische Ambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA15	Plastische 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
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
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.	Angebotene Leistung
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO21	Traumatologie

Ästhetische Sprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA15	Plastische Chirurgie
VC60	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
VC68	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Mammachirurgie
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
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
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
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Nr.	Angebotene Leistung
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD12	Dermatochirurgie
VD13	Ästhetische Dermatologie
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH19	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH22	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
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
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO17	Rheumachirurgie

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	246
2	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	196
3	5-841	Operation an den Bändern der Hand	145
4	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	116
5	5-849	Sonstige Operation an der Hand	56
6	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	50
7	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	27
8	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	9
9 – 1	5-844	Operativer Eingriff an Gelenken der Hand außer dem Handgelenk	7

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9 – 2	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	7

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	4,1
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,1
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,1
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	2,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-3.11.2 Pflegepersonal

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement

B-4 Abteilung für Seelische Gesundheit (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie)

B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Abteilung für Seelische Gesundheit (Psychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie)
Schlüssel: Allgemeine Psychiatrie (2900)
Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) (2960)
Art: Hauptabteilung

Chefärztinnen und Cheförzte

Name: Dr. med. Susanne Kowohl
Funktion / Chefärztin
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0221 7175-2511
Telefax: 0221 7175-2519
E-Mail: kowohl@st-agatha-krankenhaus.de
Straße: Feldgärtenstr. 97
PLZ / Ort: 50735 Köln

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 Innere Medizin
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI27	Spezialsprechstunde

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik	Kommentar / Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP00	Diagnostik und Therapie von Essstörungen	Behandlung aller Essstörungen (Magersucht, Bulimie, Binge-Eating und Adipositas). Wir behandeln auch Essstörungen in Kombination mit anderen Erkrankungen wie z.B. Depressionen, Ängsten oder Störungen des Selbstwertgefühls. Voraussetzung für eine Aufnahme ist eine gute eigene Motivation.

B-4.4 [unbesetzt]

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

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

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 544
Teilstationäre Fallzahl: 99
Anzahl Betten: 55

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	103
2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	94
3	F20	Schizophrenie	75
4	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	40
5	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	27
6	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht – Schizoaffektive Störung	25
7	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	24
8 – 1	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	23
8 – 2	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	23
10	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	22

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	4.406
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	792
3	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	232
4	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	180

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	153
6	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	92
7	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	73
8	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	57
9	3-990	Computergestützte Analyse von Bilddaten mit 3D-Auswertung	56
10	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	54

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

PIA

Art der Ambulanz: Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP12	Spezialsprechstunde
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung
VP15	Psychiatrische Tagesklinik

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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 ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	14,23
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,19
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04
– davon stationäre Versorgung	13,23
– davon ambulante Versorgungsformen	1
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	6
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5
– davon ambulante Versorgungsformen	1

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF05	Betriebsmedizin	Healthmanagement

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar / Erläuterung
ZF07	Diabetologie	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit:

38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungsdauer
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	43,33	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	39,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,13	
– davon stationäre Versorgung	43,33	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	1	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	1	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	2,4	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,4	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,4	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	1,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ21	Casemanagement

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath

B-4.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen	1,89
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,89
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,89
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten	2,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)	3,2
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,2
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,2
– davon ambulante Versorgungsformen	0

Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl¹
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	1,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,3
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	2,7
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,7
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,7
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	2,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

B-5 Anästhesie

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Name: Anästhesie
Schlüssel: Anästhesie (3700)

Chefärztinnen und Chefarzte

Name: Dr. med. Rolf Ebeling
Funktion / Chefarzt
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0221 7175-2610
Telefax: 0221 7175-2619
E-Mail: ebeling@st-agatha-krankenhaus.de
Straße: Feldgärtenstr. 97
PLZ / Ort: 50735 Köln

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

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

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche	Kommentar / Erläuterung
VX00	Schmerztherapie	Konsiliartätigkeit / Schmerzkatheter
VX00	Sprechstunde vor operativen Eingriffen (Prämedikationssprechstunde)	Montag bis Donnerstag 14:00 Uhr bis 16:00 Uhr Freitag 12:00 Uhr bis 14:00 Uhr

B-5.4 [unbesetzt]

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

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

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0
Teilstationäre Fallzahl: 0
Erläuterungen: Die Anästhesie ist keine Bettenführende Abteilung in unserem Haus.
Anzahl Betten: 0

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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 ¹
Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärztinnen und Belegärzte)	4,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen und Fachärzte	4,5
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,5
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,5
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V)	0

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-5.11.2 Pflegepersonal

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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

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 2021 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2021 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate	Anz. SO ¹
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17	100,00%	17
Dekubitusprophylaxe	83	100,00%	83
Hüftendoprothesenversorgung	21	100,00%	21
– Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation	21	100,00%	21
Ambulant erworbene Pneumonie	84	100,00%	84

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

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 90)	97,65 % 97,57 – 97,72	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 90)	92,06 % 91,65 – 92,45	≥ 86,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (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 / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	2,31 % 2,24 – 2,38	≤ 7,59 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	4,69 % 4,53 – 4,86	≤ 11,11 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	1,44 % 1,39 – 1,5	≤ 6,67 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	7,48 % 7,08 – 7,9	≤ 19,43 % (95. Per- zentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 90)	1,03 1,01 – 1,05	≤ 2,25 (95. Per- zentil)	2,27 ○ 1,1 – 3,97	H99 ○ 6 /21 (2,64)
Kommentar der beauftragten Stelle: rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehl- lage, peri- prothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS	1,06	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 91)	1 – 1,12		entf.	entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wund- infektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
KKez / DeQS	0,94	-	entf.	-
nein / <u>Hinweis 3</u> (S. 91)	0,88 – 0,99		entf.	entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: 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 / DeQS	0,99	≤ 1,98	entf. ○	N01 ○
nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 90)	0,95 – 1,03	(95. Per- zentil)	entf.	entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / DeQS	0,05 %	Sentinel Event	entf. ○	N01 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	0,04 – 0,06		entf.	entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkel- knochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS	1,04	-	3,31	-
nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 91)	1,01 – 1,08		1,48 – 6,27	5 /21 (1,51)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl 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 / DeQS nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 90)	1,06 1,04 – 1,09	≤ 2,56 (95. Per- zentil)	2,2 ○ 0,8 – 4,08	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	97,09 % 97,01 – 97,17	≥ 90,00 %	47,62 % ○ 28,34 – 67,63	D80 ○ 10 /21 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	8,82 % 8,6 – 9,05	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	18,18 % 18,04 – 18,31	-	34,57 % 25,12 – 45,41	- 28 /81 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	17,66 % 17,46 – 17,85	-	34,57 % 25,12 – 45,41	- 28 /81 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 91)	1,02 1 – 1,03	-	entf. entf.	- entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	66,88 % 66,7 – 67,06	-	100 % 93,47 – 100	- 55 /55 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	90,98 % 90,82 – 91,14	≥ 90,00 %	100 % ○ 93,47 – 100	R10 ○ 55 /55 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	98,44 % 98,24 – 98,62	-	100 % 51,01 – 100	- 4 /4 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	97,81 % 97,41 – 98,15	-	100 % 51,01 – 100	- 4 /4 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	99,13 % 99,09 – 99,16	≥ 95,00 %	100 % ○ 95,47 – 100	R10 ○ 81 /81 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	99,16 % 99,13 – 99,2	-	100 % 95,25 – 100	- 77 /77 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	98,95 % 98,89 – 99	-	100 % 95,25 – 100	- 77 /77 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	98,9 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	98,85 – 98,95		95,47 – 100	81 /81 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / DeQS	96,72 %	≥ 95,00 %	100 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	96,66 – 96,78		95,42 – 100	80 /80 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	96,66 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	96,57 – 96,75		95,42 – 100	80 /80 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist				
Qualitätsindikator / DeQS	96,55 %	≥ 95,00 %	100 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	96,47 – 96,63		92,13 – 100	45 /45 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	95,74 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	95,61 – 95,86		92,13 – 100	45 /45 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen				
Qualitätsindikator / DeQS	92,44 %	≥ 90,00 %	100 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	92,29 – 92,59		84,54 – 100	21 /21 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	92,77 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	92,56 – 92,97		84,54 – 100	21 /21 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren				
Transparenzkennzahl / DeQS	98,78 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	98,74 – 98,83		92,13 – 100	45 /45 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt				
EKez / DeQS	98,66 %	-	100 %	-
nein / <u>Hinweis 5</u> (S. 92)	98,58 – 98,73		92,13 – 100	45 /45 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
EKez / DeQS	1,02	-	0,96	-
nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 91)	1,01 – 1,03		0,38 – 2,27	4 /56 (4,19)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: 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 / DeQS	1,01	≤ 2,01	0,96 ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 90)	1 – 1,03	(95. Per- zentil)	0,38 – 2,27	4 /56 (4,19)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)				
Qualitätsindikator / DeQS	1,85 %	≤ 5,88 %	0 % ○	R10 ○
nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	1,75 – 1,96	(95. Per- zentil)	0 – 18,43	0 /17 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: 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 / DeQS nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 90)	1,08 1,06 – 1,11	≤ 2,46 (95. Per- zentil)	1,69 ○ 0,59 – 3,92	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 2</u> (S. 90)	1,09 1,07 – 1,11	≤ 2,36 (95. Per- zentil)	0,82 ○ 0,23 – 2,09	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / <u>Hinweis 4</u> (S. 91)	1,05 1,02 – 1,09	-	0 0 – 3,15	- 0 /17 (1)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	97,54 % 97,4 – 97,67	≥ 90,00 %	64,29 % ○ 38,76 – 83,66	D80 ○ 9 /14 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation				
Qualitätsindikator / DeQS nein / <u>Hinweis 1</u> (S. 90)	9,11 % 8,88 – 9,35	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 1 (S. 90)	0 % 0 – 0	Sentinel Event	0 % ○ 0 – 0,09	R10 ○ 0 /4.067 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand — Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 6 (S. 92)	0,01 % 0 – 0,01	-	entf. entf.	- entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / DeQS nein / Hinweis 2 (S. 90)	1,05 1,04 – 1,06	≤ 2,28 (95. Per- zentil)	0,83 ○ 0,49 – 1,42	R10 ○ 13 /4.067 (15,63)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 92)	0,06 % 0,06 – 0,06	-	entf. entf.	- entf.
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist — Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)				
Transparenzkennzahl / DeQS nein / Hinweis 5 (S. 92)	0,34 % 0,33 – 0,34	-	0,22 % 0,12 – 0,42	- 9 /4.067 (entf.)

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

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

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

⁴ Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

👍 = verbessert; ➡ = unverändert; 📉 = verschlechtert; 0 = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

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

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

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, DeQS: Sonstiges (im Kommentar erläutert);

D80 = Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: DeQS: Unvollständige oder falsche Dokumentation.

👍 = verbessert; ➡ = unverändert; 📉 = verschlechtert; 0 = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

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

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

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 1 Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 2 Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

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. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 3 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Hinweis 4 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

Hinweis 5 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Hinweis 6 Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlen-konzept>

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien ?Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt? und ?vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt?. Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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

		Anzahl²
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	10
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	6
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	6

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

² Anzahl der Personen

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände
Allgemeine Chirurgie	Chirurgie	Tag	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Chirurgie	Nacht	81,82 %	0
Innere Medizin	Innere	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Innere	Nacht	100 %	0

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

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Allgemeine Chirurgie	Chirurgie	Tag	100 %
Allgemeine Chirurgie	Chirurgie	Nacht	100 %
Innere Medizin	Innere	Tag	100 %
Innere Medizin	Innere	Nacht	100 %

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

Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Unternehmensphilosophie des St. Agatha Krankenhauses Köln wird in einem Leitbild „Christliche Orientierung“ definiert. Die „Christliche Orientierung“ soll die Freude der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Arbeit in den Einrichtungen der Stiftung der Cellitinnen e.V. stützen und ein motivierendes Zugehörigkeitsgefühl vermitteln.

Christliche Orientierung als Leitbild

1. Gründertradition

Die christliche Orientierung wird unter anderem dadurch sichtbar, dass wir den Geist der Gründerinnen unserer Stiftung, der Cellitinnen nach der Regel des Heiligen Augustinus Köln-Severinstraße, bewahren, wertschätzen und zeitgemäß weiterhin in konkrete Taten umsetzen. Die Mitarbeitenden sind sich bewusst, dass ihr Arbeitsauftrag auf dem Fundament der sozialen Einstellung der Ordensgemeinschaft der Cellitinnen und deren – auch in unserer Zeit bedeutendem – Engagement steht.

2. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten

Wir sind uns darüber bewusst, dass das Wohl von Patientinnen und Patienten nicht alleine durch die gute medizinische und pflegerische Versorgung erreicht bzw. gefördert wird, sondern dass es darüber hinausgehender Maßnahmen bedarf, die in den Bereich des alltäglichen Umgangs und auch den Service-Bereich fallen. Vor diesem Hintergrund stellen wir, unter Beachtung der Würde des Einzelnen, im Umgang und in der Betreuung von Patientinnen und Patienten besondere Anforderungen an unsere Mitarbeitenden. Patientinnen und Patienten sind unsere Gäste. Wir begegnen ihnen in unseren Einrichtungen höflich und aufmerksam. Auch bei Belegungsengpässen werden Patienten möglichst adäquat untergebracht.

3. Wertschätzung anderer Religionen und Kulturen

Die christliche Orientierung wird unter anderem dadurch sichtbar, wie wir Menschen anderer Religionen und Kulturen in unseren Einrichtungen begegnen. Aufrichtiges Interesse am Andersgläubigen, Wertschätzung seiner Religion und Kultur, Dialogbereitschaft und Toleranz im Umgang miteinander prägen das Klima in unserem Haus. Grundsätzlich beachten wir, dass für Patientinnen und Patienten in der Zeit ihres Aufenthaltes das Krankenzimmer der einzig geschützte Privatbereich ist. Der Wunsch der Patientinnen und Patienten nach Symbolen der eigenen Glaubensrichtung wird von uns beachtet. Im Glauben begründete Besonderheiten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

4. Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Wir respektieren auch in der letzten Phase des Lebens das Recht auf Selbstbestimmung. Viele Menschen sorgen sich bezüglich der letzten Phase ihres Lebens. Der christliche Glaube gibt jedem die Freiheit, auch über das eigene Sterben nachzudenken und angemessene Vorsorge zu treffen. Der Patientenwille kann gemäß den gesetzlichen Regelungen für das Betreuungsrecht in Form einer Patientenverfügung und mit Benennung von Vertrauenspersonen in einer Vorsorgevollmacht zum Ausdruck gebracht werden. Diese frei formulierten Willensbekundungen erleichtern Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden die Entscheidungen in Krisen- und Notfallsituationen, wenn keine Möglichkeit der direkten Kommunikation mit dem Betroffenen besteht. Sie werden von allen Mitarbeitenden beachtet. Liegt keine verbindliche Erklärung vor, stellt der mutmaßliche Wille des Betroffenen unsere Handlungsrichtlinie dar. In unserem Haus werden Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten als der erklärtem Wille der Patientinnen

und Patienten in einer Situation, in der sie sich nicht mehr selbst äußern können, bei medizinischen und pflegerischen Entscheidungen grundsätzlich verbindlich akzeptiert auch für Patientinnen und Patienten und Angehörige angeboten. Aktive Sterbehilfe ist mit unserem christlichen Verständnis nicht vereinbar und in Deutschland verboten.

5. Umgang mit Sterbenden und Toten

Unsere christliche Orientierung wird auch dadurch sichtbar, dass wir der Sterbebegleitung, unter Wahrung der Menschenwürde auch über den Tod hinaus, die ihr zustehende Bedeutung beimessen. Die Mitarbeitenden bieten zusammen mit der Krankenseelsorge Sterbenden und ihren Angehörigen eine angemessene Begleitung an. Es wurde für trauernde Angehörige einen eigens geschaffenen Verabschiedungsraum eingerichtet.

6. Seelsorge

Die professionelle Seelsorge mit ihrer theologischen, spirituellen und pastoralen Fachkompetenz hat einen hohen Stellenwert. Das Angebot seelsorglicher Begleitung und Förderung von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gehört zu unserem Grundauftrag und basiert auf verbindlichen Vorgaben. Die Betriebsleitung formuliert ihre Erwartung an die Seelsorge. Sie stellt den Seelsorgerinnen und Seelsorgern Räume, Kommunikationsmittel und sonstige Hilfen in sachgerechtem Umfang und zeitgemäßem Standard zur Verfügung. Der Dialog zwischen Geschäftsführung/Betriebsleitung und Seelsorge über Erwartungen und Konzepte ist ein wichtiger Beitrag zur spirituellen Kultur in unserem Haus.

7. Ehrenamtliche Krankenhaushilfe

Die christliche Orientierung wird unter anderem dadurch sichtbar, dass wir die Ehrenamtliche Krankenhaushilfe als wichtigen Dienst an unseren Patientinnen und Patienten schätzen und die Tätigkeit der Ehrenamtlichen unterstützen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ehrenamtlichen Krankenhaushilfe bemühen sich um das persönliche Wohlbefinden unserer Patientinnen und Patienten. Sie leisten ihren unentgeltlichen Dienst mit der Bereitschaft zu sozialem Engagement. Sie bieten unseren Patientinnen und Patienten Hilfestellung, die von den Mitarbeitenden der jeweiligen Einrichtung in der Regel nicht geleistet werden kann.

8. Kirchliches Arbeitsrecht

Die christliche Orientierung wird dadurch sichtbar, dass alle Mitarbeitenden nach kirchlichem Arbeitsrecht beschäftigt sind. Die Grundlagen bilden die Grundordnung die AVR. Die Personalverantwortlichen werden zu den Inhalten und den Entscheidungsspielräumen der Grundordnung geschult. In den Fällen, bei denen eine individuelle Entscheidung erforderlich ist, werden die Begründung und das Ergebnis dokumentiert.

9. Loyalitätserwartung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Blick auf die christliche Prägung der Einrichtung

Wir erwarten von unseren Mitarbeitenden, dass sie die christliche Prägung des katholischen Krankenhauses mittragen und dieses in ihrem dienstlichen Handeln zeigen.

Die Mitarbeitenden weisen die Patientinnen und Patienten auf die Möglichkeit seelsorglicher Begleitung, der Teilnahme an Gottesdiensten oder sakramentalen Angeboten hin.

10. Mitarbeitervertretung

Die christliche Orientierung wird dadurch sichtbar, dass der Dienstgeber und Mitarbeitende eine Gemeinschaft bilden und somit in Solidarität und gegenseitigem Respekt gemeinsam zur Erfüllung der Aufgaben beitragen. Jeder ist aufgefordert, individuell an dieser Aufgabe mitzuwirken. Die Mitglieder der Betriebsleitung haben eine positive Einstellung zur Mitarbeitervertretung (MAV) und stellen eine entsprechende Arbeitsausstattung zur Verfügung. Die Mitarbeitervertretung ist fachlich kompetent und stellt einen ernstzunehmenden Partner dar. Sie ist bereit, im Gesamtinteresse des Krankenhauses verantwortlich zu handeln.

11. Mitarbeitergespräche

Unsere Mitarbeitenden betrachten wir als die wichtigste Ressource. Dabei kommt der Zusammenarbeit zwischen Führungskräften und ihren nachgeordneten KollegInnen eine besondere Bedeutung zu. Diese Zusammenarbeit soll unter anderem durch strukturierte Mitarbeitergespräche gefördert werden. Hierbei werden die jeweiligen Ziele und Wünsche wertgeschätzt. Diese Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden trägt dazu bei, die Arbeitszufriedenheit und Motivation zu erhöhen.

12. Supervision

Wir eröffnen Möglichkeiten, berufliche Probleme konstruktiv zu bearbeiten. Die professionelle Bearbeitung von Problemen, die im Miteinander auf den Stationen oder zwischen den verschiedenen Berufsgruppen entstehen können, trägt positiv zum Klima in unserem Haus bei und wirkt sich letztendlich auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten aus. Ein geeignetes Instrument, entstehende Probleme professionell zu bearbeiten, bietet die Supervision. Wir setzen Supervision, Coaching und Mediation als Instrument zur Förderung der Mitarbeitenden ein.

13. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krisen

Mitarbeitende als Menschen und Nächste ernst- und wahrzunehmen, gilt insbesondere in Krisensituationen. Der Arbeitskreis im Verbund empfiehlt die Schaffung von Hilfsangeboten für Mitarbeitende in Krisen (z.B. Vereinbarung zur Suchtprävention, Betriebliches Eingliederungs-Management (BEM)). Als Angebot besteht ein Pool von kompetenten, vertrauenswürdigen und unabhängigen Mitarbeitenden aus den Häusern der Stiftung der Cellitinnen e. V., an die sich Hilfesuchende nach ihrer Wahl vertrauensvoll zur Beratung oder Weitervermittlung wenden können (Suchtbeauftragte).

14. Berufsethischer Unterricht und religiöse Bildung

Die christliche Orientierung dadurch sichtbar, dass wir bereits in der Ausbildung von Pflegeberufen konkrete berufsethische Fragestellungen auf der Basis eines christlichen Menschenbildes bearbeiten bzw. ein Bewusstsein dafür schaffen. Im Rahmen der Fort- und Weiterbildung werden diese Fragestellungen durch geeignete Angebote für alle Berufsgruppen behandelt.

15. Ethik

Die Betrachtung des Klinikalltags aus der Perspektive eines christlichen Menschenbildes mit ethischen Fragestellungen hat einen hohen Stellenwert in unserem Haus. Wir bringen dieses Anliegen dadurch zum Ausdruck, dass für unsere Einrichtung ein Klinisches Ethikteam geschaffen wurde. Es soll dabei helfen, ethische Fragestellungen und Abteilungen zu bedenken und zu bearbeiten. Dazu gehören die Einführung und Begleitung des Instruments der „Ethischen Fallbesprechung“ und sonstige

Ethikberatungen auf den Stationen. Wir beraten und begleiten unsere Patientinnen und Patienten (und deren Angehörige) auch in medizinisch-pflegerischen Grenzsituationen. Im Rahmen von Ethischen Fallbesprechungen beratschlagen wir im interdisziplinären Austausch ethisch vertretbare Einzellösungen. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können sich an das Klinische Ethikteam und an das zentrale Ethik Komitee des Verbundes wenden. In unserem Haus werden darüber hinaus durch das Ethik Team mehrmals jährlich ein Ethik Cafe als Fortbildung für Mitarbeitende organisiert.

16. Ökonomie – Spannungsfeld erkennen und fair handeln

Wir übernehmen Verantwortung in Politik und Gesellschaft und treten ein für Gerechtigkeit und Fairness zugunsten der Schwachen und Benachteiligten. Im Einzelfall orientieren sich unsere Maßnahmen eher an medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten als an wirtschaftlichen Zwängen. Es wird jedoch von allen Mitarbeitenden ein wirtschaftliches Handeln erwartet. Betriebswirtschaftlich gravierende und aus Sicht der Geschäftsführung notwendige Entscheidungen machen wir grundsätzlich in der Mitarbeiterschaft transparent. Trotz wirtschaftlicher Zwänge steht für uns der kranke, behandlungsbedürftige Mensch im Vordergrund.

D-2 Qualitätsziele

Zur Planung, Durchführung, Überwachung und Verbesserung aller qualitätsrelevanten Tätigkeiten und zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit wird in unserem Krankenhaus ein **Prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem** (PQM) nach DIN EN ISO 9001:2015 eingeführt und im gesamten Krankenhaus praktiziert. Die Zertifizierung nach DIN EN ISO und proCum Cert erfolgte im Januar 2017.

Die **QM-Dokumentation**, die aus dem QM-Handbuch (im Intranet veröffentlicht) und den darin zitierten Dokumenten wie z. B. Verfahrensanweisungen besteht, ist verbindlich für alle Mitarbeitenden unseres Hauses.

Die **Qualitätsbeauftragte** als Stabsstelle der Geschäftsführung hat die Aufgabe, zu gewährleisten, dass die erforderlichen Prozesse im QM-System aufrechterhalten werden, regelmäßig über die Leistungsfähigkeit des QM – Systems und notwendige Verbesserung zu berichten (z. B. anhand durchgeführter Managementbewertung, interne Audits o. ä.). Sie erhält dafür die Unterstützung der Geschäftsführung und aller Mitarbeitenden im Krankenhaus.

Durch die genannten Maßnahmen soll die in diesem Handbuch dargestellte Qualitätspolitik des Hauses verwirklicht werden. Dabei dient die Qualitätspolitik allen Mitarbeitenden als verbindliche Richtlinie für qualitätsbewusstes, kundenorientiertes und verantwortliches Handeln.

Die Betriebsleitung demonstriert ihr Engagement für die Erreichung der angeführten Ziele im Weiteren durch folgende Verpflichtungen: Sie schafft ein Klima indem es das oberste Ziel des Krankenhauses ist, die Einhaltung und Weiterentwicklung unserer Qualitätsstandards zu fördern. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Betriebsleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion). Sie stellt zur Verwirklichung des QM-Systems die erforderlichen Mittel zur Verfügung.

Eine wichtige Aufgabe sieht die Geschäftsführung weiterhin in der Förderung des **Qualitätsbewusstseins**. Dies geschieht durch vielfältige Maßnahmen zur ständigen Verbesserung der Leistungen durch die Mitarbeitenden, für die die Geschäftsführung die strukturellen Bedingungen aufbaut. Gefördert werden sowie durch spezielle Veranstaltungen für die Mitarbeitenden seitens der

Geschäftsführung zum Thema QM. Die Führungskräfte haben die Verantwortung, die Überwachung und Steuerung der entsprechenden Prozesse so zu gestalten, dass festgelegte Forderungen (etwa resultierend aus Kunden- und Patientenrückmeldungen) umgesetzt und erfüllt werden.

Die ständige Verbesserung der **Qualifikation** und Kompetenz der Mitarbeiter/Innen, sowohl in Bezug auf die Fachkompetenzen als auch im Bereich QM wird angestrebt. Die Geschäftsführung legt die allgemeinen Forderungen und Verpflichtungen in der Qualitätspolitik fest. Aus den allgemeinen Forderungen der Qualitätspolitik werden von der Betriebsleitung in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden messbare Qualitätsziele für einzelne Abläufe abgeleitet und deren Zielerreichung durch die Leitung in festgelegten Zeitabständen überprüft.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Wesentlicher Bestandteil der Organisation des St. Agatha Krankenhauses Köln ist ein risikoorientiertes Qualitätsmanagementsystem in der Tradition des TQM. Dieses System ist im Organisationshandbuch dokumentiert. Hier sind alle qualitätsrelevanten Prozesse, Abläufe und Tätigkeiten beschrieben und durch QM-Dokumente und (Pflege-) Standards ergänzt.

Das **Organisationshandbuch** ist die Basis, auf der alle Verbesserungen und Weiterentwicklungen der Organisation aufgebaut werden. Es stellt sicher, dass die Mitarbeitenden alle qualitätsrelevanten Prozesse, Abläufe und Tätigkeiten beherrschen. Zudem können neue Mitarbeitenden zuverlässig und effizient eingearbeitet werden. Die Organisation sowie das gesamte Know-how der stationären Einrichtung sind somit für alle Mitarbeitenden nutzbar dokumentiert und im Intranet für jeden zugänglich. Mit dem Aufbau und der Implementierung eines PQM (Prozessorientiertes Qualitäts- und Risikomanagementsystem) wurde 2012 begonnen. Im Vordergrund steht, die Ebenen und Prozesse eines QMS aktiv zu leben. Der Bereich des Risikomanagements wird kontinuierlich weiterentwickelt und etabliert.

Die **QM-Steuerungsgruppe** und das **QM-Lenkungsteam** sind, in Zusammenarbeit mit der QMB, für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems verantwortlich und gestalten aktiv die Zielsetzung des PQM mit. Die QM-Steuerungsgruppe setzt sich aus der Geschäftsführung und den QMB zusammen und entscheidet bei offenen Fragestellungen.

Das QM-Lenkungsteam besteht aus engagierten Mitarbeitern aus allen Bereichen / Diensten des Krankenhauses. Die Mitarbeiter des QM-Lenkungsteams arbeiten regelmäßig an der Weiterentwicklung des QM-Systems:

Sie erarbeiten gemeinsam mit Kollegen Ablaufbeschreibungen und notwendige QM-Dokumente.

Sie unterstützen die QMB bei der Erstellung des QM-Handbuchs.

Sie führen interne Audits durch.

Sie motivieren ihre Kollegen dazu, sich aktiv an der Entwicklung des QM-Systems zu beteiligen.

Sie verstehen sich als Multiplikatoren und informieren interessierte Mitarbeiter.

Sie nehmen an Optimierungsworkshops teil und arbeiten aktiv an der Selbstbewertung mit.

Die QMB (Qualitätsmanagementbeauftragten) arbeiten an der Einführung des QM-Systems:

Sie organisieren und leiten die regelmäßigen QM-Teamsitzungen.

Sie führen das QM-Team.

Sie erarbeiten Ablaufbeschreibungen.

Sie organisieren Optimierungswshops und die Selbstbewertung.

Sie optimieren und lenken die in der Klinik verwendeten Formulare.

Sie arbeiten den kontinuierlichen Maßnahmenplan aus.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Prozessablaufbeschreibungen

Das QM-Team erfasst die wichtigen Kern- und Begleitprozesse im Rahmen von Interviews mit den entsprechenden Mitarbeitern. Gleichzeitig werden Problemfelder erfasst und in einer Risikomatrix dokumentiert. Die Interviewergebnisse werden zu strukturierten Prozessablaufbeschreibungen zusammengefasst. Nach der Freigabe durch die QMB, der jeweiligen Abteilungsleiter und der Geschäftsführerin werden die Dokumente Bestandteil des Intranets.

Verfahrensweisungen

Die abteilungsbezogenen Vorgaben enthalten neben den oben genannten Ablaufbeschreibungen Dienstweisungen, einen allgemeinen Teil zur Betriebspolitik und zur christlichen Ausrichtung des Hauses sowie das Leitbild des Hauses. Die darin enthaltenen Regelungen sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Die QMB ist für die jährliche Aktualisierung der Dokumente verantwortlich.

Optimierungsprozess

Die vom QM-Team erfassten Problemfelder werden mit den jeweils verantwortlichen Mitarbeitern in Optimierungsgesprächen- und Workshops erörtert und gemeinsam Lösungen erarbeitet. Hierbei stehen die Patienten- und Mitarbeiterorientierung, sowie die wirtschaftliche Arbeitsweise im Vordergrund. Die erarbeiteten Optimierungen werden von den jeweiligen Abteilungsleitern umgesetzt und die Ablaufbeschreibungen von der QMB entsprechend korrigiert.

Risikomanagement

Im Rahmen des Risikomanagements wird das Haus durch externe Juristen und die GRB Gesellschaft für Risikoberatung, hinsichtlich eventueller Risikopotentiale im Arbeitsablauf, beraten. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse werden regelmäßig bearbeitet und fließen dann in die neuen Ablaufbeschreibungen ein. Darüber hinaus entwickelt einer der QMB (Risikomanager) ein professionelles Risikomanagement, das auf den Säulen der Prävention und dem Umgang mit Schadensereignissen beruht. Darüber hinaus ist im Intranet das Fehlermeldesystem RISCOP etabliert.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Abgeschlossene Projekte

Aufbau und Einführung eines QM-Systems nach DIN EN ISO 9001:2015 und pCC Anforderungen sowie pCC-Qualitätskriterien für Krankenhäuser

Einführung weiterer Expertenstandards

Restrukturierung OP und Fortführung eines OP-Zirkel mit Erstellung eines eigenen OP-Statutes

Implementierung und Fortführung des Patientenfragebogens zur kontinuierlichen Zufriedenheitsmessung

Fort- und Durchführung von QM-Audits

Durchführung QM/Risikomanagement und Mitarbeitermarkt

Risikoauditierung durch die Gesellschaft für Risikomanagement

Durchführung von Arbeitssicherheitsschulungen (Notfallmanagement)

Regelmäßige Anpassung des OP-Statutes

Optimierung der Patientensicherheit, z. B. durch Einführung des Patientenarmbands, Team-Time-out, Sicherheitsscreening

Ethik-Komitee, Ethische Fallbesprechungen, Ethik-Café

Restrukturierung der Patientenversorgung und der Wahlleistungsangebote

Fortlaufende/Neue Projekte

Jährliche Audits und laufende Anpassung des bestehenden QM-Systems an die neue DIN EN ISO 9001:2015 mit Zertifizierung nach proCum Cert und DIN EN ISO 9001:2015 im Januar 2017

Ausbau der Abteilung für Seelische Gesundheit und der Pflichtversorgung incl. Akutstation Psychiatrie

Fortführung des Behandlungsverfahrens Thermoablation

Qualitätssiegel Deutsches Schilddrüsenzentrums

Ausbau Case Management

Ständige Weiterentwicklung des Risikomanagements (Risikolandkarte)

Weiterführung des CIRS-Systems

Weiterführung und Ausbau von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenz)

Erweiterung des Mitarbeiterführungstages

fortlaufende Messung Einweiserzufriedenheit
fortlaufende Messung der Patientenzufriedenheit
fortlaufende Lieferantenbewertungen
Laufende Erweiterung der internen Fort- und Weiterbildung
In-House-Schulungen ausgeweitet
Interne und externe Qualifizierungsmaßnahmen
Mitglied bei Qualitätsindikatoren für kirchliche Krankenhäuser QKK e.V.
Weiterführung Teilnahme QR-Check durch den Krankenhauszweckverband
Teilnahme an OP-KISS und ITS-KISS, CDAD KISS, Hand KISS
Aktionstag Händehygiene, KISS System
Fortführung HYSYST
Weiterführung Projekt Suchtbeauftragte
Patientenseminare und Veranstaltungen

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das St. Agatha Krankenhaus führte im Berichtsjahr Bewertungen des Qualitätsmanagements durch (Patienten-, Kunden- und Mitarbeiterbefragungen) durch. Die zentrale Frage bei den Bewertungen war, wie unsere Ergebnisqualität bewertet wird. Die erhaltenen Ergebnisse spiegelten sich in externen, unabhängigen Analysen wieder. Die Managementbewertungen waren in Bearbeitung und wurden im Januar 2017 erfolgreich im Rahmen der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015 und proCum Cert geprüft und jährlich auditiert. Seit 2017 wurde das Risikomanagement etabliert und mit dem Hygiene- und Qualitätsmanagement zusammengeführt. In 2020 erfolgte eine Rezertifizierung.

Glossar

St.AgathaKrankenhaus, Köln, gGmbH

Feldgärtenstraße 97, 50735 Köln (Niehl)

Tel. 0221 / 7175– 0

Fax 0221 / 7175– 1119

www.st-agatha-krankenhaus.de

info@st-agatha-krankenhaus.de

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

Sitz der Gesellschaft: Köln

Amtsgericht Köln HRB34733

Geschäftsführer Susanne Jost, Dieter Kesper

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau Susanne Jost, Geschäftsführerin, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

St. Agatha-Krankenhaus, Köln, gGmbH
Feldgärtenstraße 97
50735 Köln (Niehl)

Tel.: 0221 7175-0
Fax: 0221 7175-1119

www.st-agatha-krankenhaus.de
info@st-agatha-krankenhaus.de

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

Sitz der Gesellschaft: Köln
Amtsgericht Köln
HRB 34733

Geschäftsführer
Susanne Jost
Dieter Kesper

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau Susanne Jost,
Geschäftsführerin, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und
Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.