

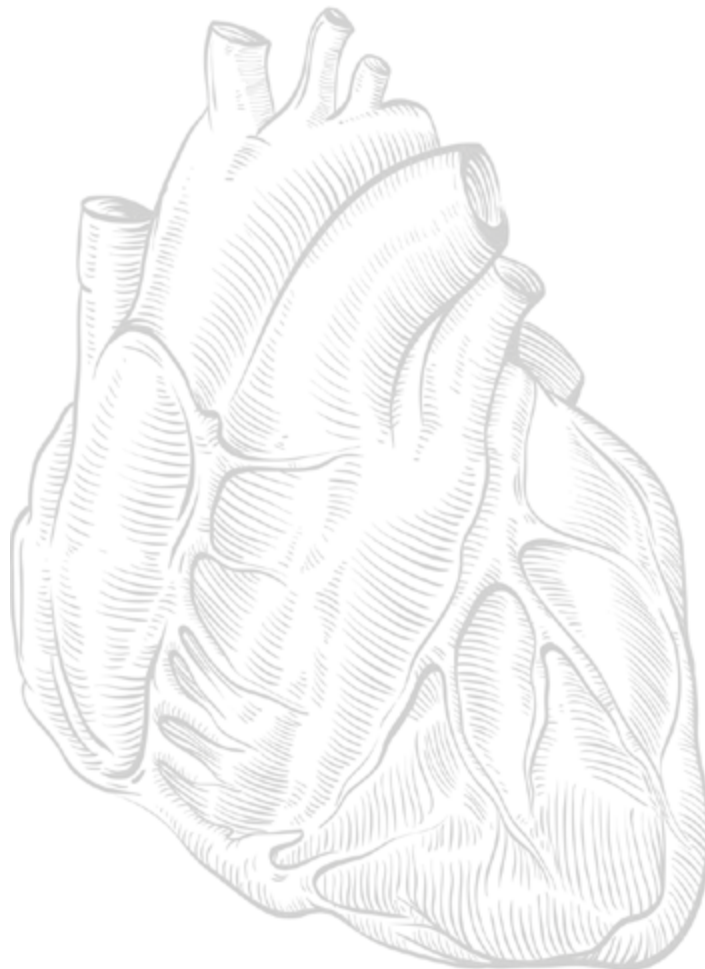


CARDIOCLINIC KÖLN
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

STRUKTURIERTER QUALITÄTSBERICHT

analog zu den Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3
SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten
Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

für das Jahr 2020





Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020

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

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



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der CardioCliniC Köln und präsentieren Ihnen hier unseren Qualitätsbericht 2020.

Die CardioCliniC Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH wurde im Jahr 1995 als herzchirurgische Einheit am Evangelischen Krankenhaus Kalk in privater Trägerschaft gegründet und ist seit 2008 eine hundertprozentige Tochter der Universitätsklinik Köln. Sie nimmt in organisatorischer Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie der Uniklinik Köln und eigenständiger medizinischer Führung an der planmäßigen Versorgung der herzchirurgischen Patientinnen und Patienten teil. In den Jahren 2011 bis 2017 wurden auch thoraxchirurgische Eingriffe in der CardioCliniC Köln durchgeführt, dieses Programm wurde in die Herz- und Thoraxchirurgie der Uniklinik Köln zurückverlagert.

Ab dem Jahr 2020 wurde durch die Regelung des Standortregisters ein eigener Standort für die CardioCliniC Köln festgelegt. Somit finden Sie in diesem Bericht erstmalig einen aktuellen und umfassenden Überblick über das medizinische Leistungsspektrum der CardioCliniC Köln, das bisher in den Qualitätsbericht der Uniklinik Köln integriert war.

Ein hoch spezialisiertes Team von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften mit langjähriger fachlicher Expertise in der Behandlung von herzchirurgischen Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter schafft den Rahmen für eine besonders persönliche und kompetente Patientenversorgung.

Die CardioCliniC Köln steht in enger Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Kalk und nutzt die Logistik dieses Krankenhauses der gehobenen Versorgung mit fast 400 Betten. Dem Krankenhaus angegliedert sind eine etablierte kardiologische Gemeinschaftspraxis (Kardiologie Köln am Neumarkt) mit Herzkathetermessplatz, ein Zentrallabor mit transfusionsmedizinischer Infrastruktur des MVZ Synlab Leverkusen und eine radiologische Gemeinschaftspraxis (Radiologie Köln-Kalk). Diese Kooperationspartner gewährleisten eine 24/7-Verfügbarkeit aller notwendigen medizinischen Dienstleistungen. Weitere angegliederte Arztpraxen stellen die Versorgung mit allen relevanten Disziplinen vor Ort sicher.

Die Universitätsklinik Köln als Muttergesellschaft gewährleistet alle erforderlichen Strukturen eines modernen Krankenhauses seitens der Patienten- und Personalverwaltung, der Informationstechnologie sowie der Einhaltung gesetzlicher Vorschriften wie der Unfallverhütungsvorschriften, dem Datenschutz und anderer gesetzlicher Normen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit allen verfügbaren medizinischen Disziplinen der Uniklinik Köln.

Im Jahr 2018 wurde auf der Ebene 2 des Evangelischen Krankenhauses Kalk eine nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtete, von der CardioCliniC Köln geplante und finanzierte Intensivstation bezogen. Hier befinden sich sechs voll ausgestattete Intensiv- und drei Intermediate-Care-(Überwachungs-)betten unter anästhesiologisch-intensivmedizinischer Leitung. Auf der Normalstation werden die Patienten von einem speziell geschulten Pflegeteam des Evangelischen Krankenhauses Kalk und ärztlich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der CardioCliniC Köln betreut.

Die Corona-Pandemie hat das Jahr 2020 nachhaltig beeinflusst. Die Intensivkapazitäten der CardioCliniC Köln wurden von der Taskforce der Uniklinik verwaltet und zur Behandlung von nicht an Corona erkrankten Intensivpatienten genutzt. Dies führte in Verbindung mit der Verschiebung zahlreicher planbarer Eingriffe zu einem deutlichen Rückgang der Operationszahlen (Gesamtfallzahl 285) in diesem Jahr im Vergleich zum Vorjahr (Gesamtzahl 422).



CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

Wir wollen die Zukunft mit der Fortführung unserer bewährten Philosophie gestalten. Ein hoher Facharztstandard und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen der Klinik gewährleisten ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit und eine überdurchschnittlich hohe Erfolgsquote, die sich in den Ergebnissen der externen vergleichenden Qualitätssicherung zeigt.

Köln, im November 2021



Dr. med. Barbara Limpers

Georg Hornbach

Ralf Winter

Ärztliche Direktorin

Geschäftsführer

Teamleitung Pflege



Hinweis zur Darstellung nach Standorten

Aufgrund der formalen Vorgaben für das neu eingeführte Standortregister gilt die Universitätsklinik Köln seit 2020 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten:

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

Somit müssen zwei getrennte Teilberichte erstellt werden. Der hier vorliegende Bericht enthält nur Angaben zum Standort CardioCliniC Köln.



Inhaltsverzeichnis

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020	2
Liebe Leserinnen, liebe Leser,	3
Hinweis zur Darstellung nach Standorten	5
Inhaltsverzeichnis.....	6
Hinweis zur Sortierung in Tabellen.....	8
Hinweis zu Fallzahlen < 4.....	8
Hinweis zur genderneutralen Formulierung.....	8
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	9
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	10
Im Bericht dargestellter Standort	11
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	12
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	12
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	12
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	14
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	15
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-9 Anzahl der Betten	17
A-10 Gesamtfallzahlen.....	17
A-11 Personal des Krankenhauses.....	18
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	21
A-13 Besondere apparative Ausstattung	32
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	33
B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen.....	34
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin.....	35
C Qualitätssicherung.....	43
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	44
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	105



C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	105
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	105
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	106
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	107
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	107
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	108
D	Qualitätsmanagement	110
D-1	Qualitätspolitik	111
D-2	Qualitätsziele	112
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	112
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	114
	Hinweise zur Datengrundlage	117
	Impressum.....	119



Hinweis zur Sortierung in Tabellen

Die Zeilen in den Tabellen der Kapitel

- A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
- A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
- A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen
- A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal
- A-13 Besondere apparative Ausstattung
- B-x.3 Medizinische Leistungsangebote
- B-x.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- B-x.11 Personelle Ausstattung (alle Tabellen zu Qualifikationen)

sind nach einer früheren Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) **alphabetisch** nach Text sortiert, nicht nach den Schlüsselnummern in der ersten Spalte.

Alle anderen Tabellen sind nach den **Schlüsselnummern** der G-BA-Auswahllisten sortiert, da hier eine alphabetische Sortierung der Texte die Orientierung nicht vereinfacht.

Bei Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) in den Ranglisten richtet sich die Reihenfolge nach der **Anzahl**, bei gleicher Anzahl bzw. bei Fallzahl < 4 nach dem Schlüssel.

Hinweis zu Fallzahlen < 4

Bei Fallzahlen < 4 (weniger als vier Fälle) darf die Fallzahl laut Beschluss des G-BA aus Datenschutzgründen nicht angegeben werden.

Hinweis zur genderneutralen Formulierung

Alle eigenen Texte wurden unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Gleichstellungsbeauftragten des Universitätsklinikums Köln genderneutral formuliert.

Die vom G-BA vorgegebenen Schlüsselbezeichner, z. B. zur „personellen Ausstattung“, sind bereits vom G-BA genderneutral formuliert und wurden nicht verändert.



CARDIOCLINIC KÖLN
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses



A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name **Universitätsklinikum Köln**
Hausadresse Kerpener Straße 62
50937 Köln
Postadresse 50924 Köln
Internet www.uk-koeln.de
Telefon 0221 / 478 – 0
Telefax 0221 / 478 – 4095
E-Mail info@uk-koeln.de

Ärztliche Leitung

Name **Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig**
Position Ärztlicher Direktor (Vorstandsvorsitzender)
Telefon 0221 / 478 – 6241
E-Mail aerztlicher-direktor@uk-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name **Marina Filipović**
Position Pflegedirektorin (Vorstand)
Telefon 0221 / 478 – 4938
Telefax 0221 / 478 – 6590
E-Mail marina.filipovic@uk-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name **Dipl.-Kfm. Damian Grüttner**
Position Kaufmännischer Direktor (Stellv. Vorstandsvorsitzender)
Telefon 0221 / 478 – 5401
E-Mail kaufmaennischer-direktor@uk-koeln.de



CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Im Bericht dargestellter Standort

Name **CardioCliniC Köln**
Hausadresse Buchforststraße 2
51103 Köln
Internet www.cardioclinc-koeln.de
Telefon 0221 / 985292 – 0
Telefax 0221 / 985292 – 99
E-Mail info@cardioclinc-koeln.de
Institutions-
kennzeichen (IK)* 260530283
Standortnummer** 772616000

Ärztliche Leitung

Name **Dr. med Barbara Limpers**
Position Ärztliche Direktion
Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin
Telefon 0221 / 985292 – 21
Telefax 0221 / 985292 – 99
E-Mail limpers@cardioclinc-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name **Ralf Winter**
Position Teamleitung Pflege
Telefon 0221 / 985292 – 80
Telefax 0221 / 985292 – 99
E-Mail winter@cardioclinc-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name **Dipl.-Volksw. Georg Hornbach**
Position Geschäftsführer
Telefon 0221 / 985292 – 21
Telefax 0221 / 985292 – 99
E-Mail hornbach@cardioclinc-koeln.de

* = Institutionskennzeichen (IK): Haupt-IK gemäß des Standortverzeichnisses des Krankenhauses, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle, als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.

** = Standortnummer: Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

Aufgrund der formalen Vorgaben für das neu eingeführte Standortregister gilt die Universitätsklinik Köln seit 2020 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten:

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

Somit müssen zwei getrennte Teilberichte erstellt werden. Der hier vorliegende Bericht enthält nur Angaben zum Standort CardioCliniC Köln.



A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger **Universitätsklinikum Köln – Anstalt des öffentlichen Rechts**
Art öffentlich
Internet www.uk-koeln.de

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum der Universität zu Köln

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Nein, es besteht keine regionale Versorgungsverpflichtung.



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP04	Atemgymnastik/-therapie Physiotherapeutische manuelle Techniken zur Verbesserung der Atmung und zur Unterstützung der Sekretolyse, wie z. B. autogene Drainage, Ausstreichungen, Packeingriffe. In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK.
MP06	Basale Stimulation In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des EVKK
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder) In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des EVKK
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege Sicherstellung einer bedarfsgerechten, poststationären Versorgung: Es werden Leistungen zur Initiierung einer Rehabilitation und der ambulanten u. stationären Nachsorge erbracht.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des EVKK
MP21	Kinästhetik In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des EVKK
MP24	Manuelle Lymphdrainage Manuelle Massagetechnik zur Förderung des Lymphabflusses bei Ödemen. In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK
MP25	Massage In Kooperation mit der Abteilung für Ergotherapie des EVKK
MP26	Medizinische Fußpflege Service am Krankenbett möglich. Ein externer Mitarbeiter steht nach Terminabsprache für die medizinische Fußpflege zur Verfügung. Diese Leistung ist kostenpflichtig.
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie Als physikalische Therapie bezeichnet man Behandlungsverfahren, bei denen physikalische Kräfte wie Wärme und Kälte therapeutisch eingesetzt werden. Massagen gehören ebenfalls zur physikalischen Therapie. In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie Physiotherapie nutzt als natürliches Heilverfahren die passive, wie z. B. durch den Therapeuten geführte, und die aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen. Abteilung für Physiotherapie des EVKK.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse Die UniReha GmbH, das Zentrum für Prävention und Rehabilitation der Uniklinik Köln, bietet für alle Interessierten regelmäßig verschiedene Präventionskurse (Rücken, Yoga, etc.) sowie ein Präventionskonzept der Deutschen Rentenversicherung an.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit Ärzte-, und Patienteninformationsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem EVKK
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie Therapie u. Rehabilitation auf Gebieten der Stimme, Stimmstörung u. -therapie, des Sprechens, Sprechstörung u. -therapie, der Sprache, Sprachstörung u. -therapie, des Schluckens, Schluckstörung u. -therapie sowie der Kommunikation u. des Hörens, (Praxis für Sprachtherapie Mareike Müller am EVKK)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen In Kooperation mit der Abteilung für Physiotherapie des EVKK.
MP51	Wundmanagement Therapie- und Versorgungskonzepte für Pat. mit akuten und chronischen Wunden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes verfügen über eine entsprechende Ausbildung (zertifizierte Wundexperten).
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen Kontaktdaten erhält man auf Wunsch auf den Stationen

A-6

Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Patientenzimmer

Nr.	Serviceangebot
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Alle Normalstationszimmer sind mit eigener Nasszelle ausgestattet, es stehen auch Einzelzimmer zur Verfügung (ggf. nach Verfügbarkeit). www.cardioclinc-koeln.de
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle Alle Normalstationszimmer sind mit einer eigenen Nasszelle ausgestattet. www.cardioclinc-koeln.de

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) Kostenloses WLAN, kostenloses Kabelfernsehen im gesamten Krankenhausbereich, kostenloser Tresor im Zimmer für jeden Patienten, kostenpfl. Telefonfestnetz am Bett (0,15 EUR pro Minute, 0,50 EUR pro Tag (max), 0,15 EUR pro Minute ins deutsche Festnetz, 0 EUR bei eingehenden Anrufen) www.cardioclinc-koeln.de

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Serviceangebot
NM68	Abschiedsraum im EVKK www.cardioclinc-koeln.de
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung Angebot von evangelischer und katholischer Seelsorge 24/7 www.cardioclinc-koeln.de
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) bei medizinischer Notwendigkeit oder auf Wunsch des Patienten als Zusatzleistung www.cardioclinc-koeln.de



A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name	Anke Schuster
Position	Büroleiterin Verwaltung
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 / 985292 – 21
Telefax	0221 / 985292 – 99
E-Mail	schuster@cardioclinic-koeln.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. Alle Zimmer sind mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche ausgestattet.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen Der Zugang zu den meisten Serviceeinrichtungen ist rollstuhlgerecht gestaltet.
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug Die Bedienfelder der Aufzüge sind innen und außen rollstuhlgerecht gestaltet.
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung Nach Rücksprache ist die Abholung am Eingang, die Zur-Verfügung-Stellung eines Rollstuhls mit Begleitung möglich. Die Begleitung durch eine Bezugsperson ist jederzeit möglich.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Klinikeigene Parkplätze des EVKK (ca.100) für Besucherinnen und Besucher sowie Patientinnen und Patienten, davon 2 Behindertenplätze, sind vorhanden. Gebühr: 1 EUR pro Stunde, 10 EUR pro Tag. Das Krankenhaus ist barrierefrei mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen Am Service-/Anmeldeschalter des EVKK und auch der CardioClinic Köln ist eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige möglich, der Zugang ist ebenerdig.

Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige Stockwerksanzeige und visuelle Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“



Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) Alle Patientenbetten sind elektrisch verstellbar und für ein Körpergewicht bis 180 kg Körpergewicht geeignet, Bettverlängerungen sind vorhanden.
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische Die OP-Tische sind für ein Maximalgewicht von 160 kg KG zugelassen.
BF20	Untersuchungsgeräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten Körperwaage bis 200 kg KG mit abklappbaren Armlehnen vorhanden

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF24	Diätetische Angebote Spezielle Diäten können in Zusammenarbeit mit den Diätassistentinnen (EVKK) angeboten werden.

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal Türkisch, Russisch, Arabisch, Englisch, Italienisch bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Arbeitsbereiche vorhanden
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus Aufklärungsunterlagen in verschiedenen Sprachen über das Krankenhausinformationssystem herunterzuladen
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden Es befindet sich eine für alle zugängliche Kapelle im Eingangsbereich des Evangelischen Krankenhauses Kalk.

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten Der Chefarzt der Herzchirurgie, Prof. Dr. Herbert O. Vetter hat eine apl. Professur an der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) Famulaturen und Praktika werden angeboten



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten Gemeinsame interne Fortbildung für Ärztinnen u. Ärzte der Klinik f. Herzchirurgie der Uniklinik Köln/Herzzentrum, Übermittlung v. Daten z. multizentrischen Studie „RedCABAG“ gemeinsam mit Uniklinik Köln/Herzzentrum, Aufnahmeausschuss f. Bewerbungen an der Fak. f. Gesundheit der Univ. Witten/Herdecke
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher Beirat der Zeitschrift herzmedizin (Prof. Vetter), Beirat der Deutschen Herzstiftung e.V. (Prof. Vetter)
FL09	Doktorandenbetreuung Regelmäßige Betreuung von Doktoranden durch Prof. Vetter

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Trifft nicht zu.

A-9 Anzahl der Betten

Im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen sind 15 herzchirurgische Betten des Klinikums der Universität zu Köln für die Betriebsstelle CardioCliniC Krankenhausbetriebsgesellschaft mbH ausgewiesen.

Bettenzahl	15
– davon Betten in Tageskliniken	–

Stichtag: 31.12.2020

Es werden 6 Intensiv-, 3 IMC- und 6 Normalstationsbetten betrieben.

A-10 Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	286
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	–
Ambulante Fälle (Kontakte)	–



A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte		11,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,00 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,00 -
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		9,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,70 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	9,70 -
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres	-	-

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte		-
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- -
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		-
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- -

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
 A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		25,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	21,00 4,00	Pflegepersonal der Normalstation des EVKK
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	25,00 -	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		2,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,50 0,32	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,82 -	
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,75 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,75 -	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

Seit dem Jahr 2012 beschäftigen wir ärztliches Assistenzpersonal – CTA (chirurgisch-technische Assistenz), MAC (medizinische Assistenz in der Chirurgie), PA (Physician Assistance). Es stehen dafür zwei Vollzeitstellen zur Verfügung.

Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		-
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- -	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
 Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche



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

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)		0,35
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,35 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,35 - ambulant –	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater		0,90
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,90 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,90 - ambulant –	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement		1,90
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,90 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,90 - ambulant –	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie		0,90
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,90 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,90 - ambulant –	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter		0,50
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,50 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,50 - ambulant –	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 / 985292 – 21
Telefax	0221 / 985292 – 99
E-Mail	limpers@cardioclinic-koeln.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Es ist kein Lenkungsgremium eingerichtet.



A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. med Barbara Limpers
Position	Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin
Straße	Buchforststraße 2
PLZ / Ort	51103 Köln
Telefon	0221 / 985292 – 21
Telefax	0221 / 985292 – 99
E-Mail	limpers@cardioclinic-koeln.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Es ist kein Lenkungsgremium eingerichtet.

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Das Qualitätsmanagement der CardioClinic Köln orientiert sich an den Vorgaben der Universitätsklinik Köln.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Verfahrensanweisung Risikomanagement der Uniklinik Köln Letzte Aktualisierung: 09.05 2016
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
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 Heart-Team-Konferenzen
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	Teil des Klinischen Arbeitsplatzsystems
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	Durch OP-Management umgesetzt
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Es wird kein einrichtungsinternes Fehlermeldesystem eingesetzt.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Die Uniklinik Köln stellt einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tochtergesellschaften zur Verfügung. Es gibt dort ein Gremium, welches die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet, die Tagungsfrequenz ist bedarfsabhängig. In der CardioClinic Köln ist dank der geringen Größe der Klinik ein persönlicher Austausch mit den Verantwortlichen jederzeit gewährleistet.

Nr.	Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF06	CIRS NRW (Ärzttekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Es gibt kein Gremium in der CardioClinic Köln selbst, welches die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet.



A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Zentrale Krankenhaushygiene

Das Hygieneteam der CardioClinic Köln steht in engem Kontakt mit der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln. Die Position des Krankenhaushygienikers (Mitglied der Hygienekommission) der CardioClinic Köln wird aus dem ärztlichen Team der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln besetzt.

In der CardioClinic Köln sind zwei hygienebeauftragte Ärztinnen (beide aus dem Team Anästhesie und Intensivmedizin), eine Hygienefachkraft und zwei hygienebeauftragte Pflegekräfte tätig. Eine der hygienebeauftragten Ärztinnen durchläuft zur Zeit die curriculäre Weiterbildung zur Krankenhaushygienikerin.

Die Vorgaben der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln werden an die Gegebenheiten der CardioClinic Köln angepasst und sind nach Freigabe durch die Hygienekommission verbindlich. Der Hygieneplan der CardioClinic Köln steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in elektronischer Form zur Verfügung.

Begleitend zur Erstellung und kontinuierlichen Aktualisierung von Hygiene- und Desinfektionsplänen erfolgt die Fortbildung und Einweisung des Personals in die etablierten Standards durch das Hygienepersonal vor Ort.

Die Wasserqualität wird nach der Trinkwasserverordnung halbjährlich überprüft, es erfolgen regelmäßige Umgebungsuntersuchungen.

Infektionen, die im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt auftreten, sowie das Vorkommen von Infektionserregern mit besonders ausgeprägter Unempfindlichkeit gegenüber Antibiotika stellen die Krankenhäuser vor zunehmende Probleme, denen letztlich nur mit angemessenen krankenhaushygienischen Maßnahmen begegnet werden kann.

Die Auswertung und Aufzeichnungen von Nachweisen von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen aus den Untersuchungsmaterialien der Patientinnen und Patienten der CardioClinic Köln erfolgt über das MVZ Synlab Leverkusen.

Darüber hinaus wird in dem Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene (IMMIH) der Uniklinik in Zusammenarbeit mit der Krankenhaushygiene ein Ausbruchslabor betrieben, in dem mittels Ganz-Genomanalysen von Patienten- und Umgebungsisolaten zeitig Übertragungswege entdeckt werden können und Ausbrüche schnellstmöglich aufgeklärt und behoben werden können.

Ausgewählte im Krankenhaus erworbene (nosokomiale) Infektionen und das Vorkommen von Erregern mit besonderen Resistenzmerkmalen werden als Einzelanalyse fortlaufend erfasst und analog den Vorgaben des Nationalen Referenzzentrum zur Surveillance nosokomialer Infektionen in Berlin analysiert. Die geringe Größe der Klinik erlaubt eine sofortige Umsetzung von optimalen Vermeidungsstrategien.

Bei allen Patientinnen und Patienten, die stationär aufgenommen werden, erfolgt eine Untersuchung auf das Vorliegen von MRSA, eines gegen viele Antibiotika resistenten Bakteriums. Das Hygieneteam überwacht die Vollständigkeit der Überprüfung und analysiert die gewonnenen Daten. Allen betroffenen Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen wird ein Gesprächs- und Beratungsangebot unterbreitet.

Im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie werden bei allen Patienten, die stationär aufgenommen werden, ungeachtet des Impf- oder Genesenstatus, Antigen- und PCR-Analysen auf SARS-CoV-2 am Aufnahmetag und in regelmäßigen Abständen während des Aufenthaltes durchgeführt.



Antimicrobial Stewardship (ABS)

Für die Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung in der Universitätsklinik Köln wurde bereits 2015 das multidisziplinäre Team zur Antibiotika Stewardship (ABS-Team) gebildet, das aus ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Infektiologie, der mikrobiologischen Diagnostik und klinisch-mikrobiologischen Beratung, der operativen Intensivmedizin, der Krankenhaushygiene und aus erfahrenen Fachapothekerinnen für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie besteht.

Eine Mitarbeiterin der CardioClinic Köln betreut nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildungen als ABS-Expertin die rationale Antibiotikatherapie in der CardioClinic Köln. Die CardioClinic Köln-interne Leitlinie zur Therapie mit Antibiotika wird regelmäßig überprüft und aktualisiert. Sie steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in elektronischer Form zur Verfügung.

A-12.3.1

Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl
Krankenhaustygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	1
Betreuung durch die Zentrale Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	2
Jede Abteilung verfügt über mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin.	
Hygienefachkräfte	1
Hygienebeauftragte in der Pflege	2

Alle Angaben nach Personen

Hygienekommission

Eine Hygienekommission ist eingerichtet.

Tagungsfrequenz: halbjährlich

Vorsitzende/Vorsitzender:

Dr. med. Barbara Limpers

Ärztliche Direktorin,

Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin

Telefon 0221 / 985292 – 21

Telefax 0221 / 985292 – 99

limpers@cardioclinic-koeln.de



A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.	ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	ja
b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	ja
d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:	
- sterile Handschuhe	ja
- steriler Kittel	ja
- Kopfhäube	ja
- Mund-Nasen-Schutz	ja
- steriles Abdecktuch	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
2. 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

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor.	ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere:	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	ja
b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	ja
2. Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
3. Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z. B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.	ja



A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.	ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere:	
a) Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	ja
e) Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja
Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission ja oder die Hygienekommission autorisiert	ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	142,00 ml/ Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	nein
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.	ja

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch des Jahres 2020 ist auf der Intensivstation tendenziell zu niedrig gemessen, da zu Beginn der Pandemie das Desinfektionsmittel aus vielen unterschiedlichen Quellen bezogen wurde; auf der Normalstation ist dieser pandemiebedingt nicht zu ermitteln.

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

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
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 (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten.	ja



A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	nein
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS ITS-KISS OP-KISS
	<p>Eine Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) ist wegen der geringen Fallzahlen nicht möglich, es wird eine interne Auswertung (Einzelfallanalyse) mit Vergleich der KISS-Referenzdaten durchgeführt.</p> <p>KISS (Krankenh.-Infekt.-Surveillance-System): CDAD = Clostr. diff. ass. Diarrhoe, ITS = Intensivstation, OP = postoperative Wundinfektionsraten, www.nrz-hygiene.de</p>	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	mre-netz regio rhein-ahr
	Qualitätssiegel 2020 – 2023 liegt vor.	
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	durch ZSVA der Eduardus-Krankenhaus gGmbH
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	regelmäßige Schulungen zu aktuellen Themen durch die Hygienefachkraft, im Jahr 2020 besonders im Fokus: COVID-19



A-12.4

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln)	ja
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung). zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln)	ja
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden zentral über Muttergesellschaft (Universitätsklinik Köln) und vor Ort persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner	ja
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln) und vor Ort persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, außerdem wird über zentrale Mailadresse jederzeit zeitnah reagiert	ja
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln)	ja
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt. zentral über Muttergesellschaft (Uniklinik Köln) mit getrennter Betrachtung der CardioClinic Köln www.cardioclinc-koeln.de	ja



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.

(Hinweistext des G-BA)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe tauscht sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit aus.	ja – Arzneimittelkommission

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

Die CardioClinic Köln bezieht die Arzneimittel aus der Krankenhausapotheke der Uniklinik Köln.

Die Vorgaben der Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CardioClinic Köln verbindlich.

Da die Herzchirurgie in der Kommission bereits vertreten ist, ist kein Vertreter der CardioClinic Köln Kommissionsmitglied.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Wurde die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen?	nein

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl der Personen
Apothekerinnen und Apotheker	0
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

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.

(Hinweistext des G-BA)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Allgemeines

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Aufnahme ins Krankenhaus

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)

Medikationsprozess im Krankenhaus

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln <ul style="list-style-type: none">- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung- Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln <ul style="list-style-type: none">- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona, Rpdoc, AIDKlinik, ID Medics bzw. ID Diacos Pharma)- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern <ul style="list-style-type: none">- Fallbesprechungen- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)

Entlassung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung <ul style="list-style-type: none">- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen- Aushändigung des Medikationsplans- Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-13

Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
	Radiologie Köln Kalk, Praxisgemeinschaft		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja
	bettseitige Verfahren inkl. Citratantikoagulation		
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	ja
	Kardiologie Köln, Praxisgemeinschaft mit HK-Labor am Evangelischen Krankenhaus Kalk		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
	Radiologie Köln Kalk, Praxisgemeinschaft		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	–
	intraoperative Pulmonalvenenisolation		

¹ = Notfallverfügbarkeit ist 24 Stunden am Tag sichergestellt. Die Vorgaben für diesen Bericht sehen nicht bei jedem Gerät die Angabe zur Notfallverfügbarkeit vor, daher kann bei keiner Angabe nicht darauf geschlossen werden, dass die Notfallverfügbarkeit nicht gegeben ist.



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.

(Hinweistext des G-BA)

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung	
Basisnotfallversorgung (Stufe 1)	nein
Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)	nein
Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)	nein

Es besteht eine 24-Stunden-Bereitschaft für die herzchirurgische Notfallversorgung von Erwachsenen.

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Trifft nicht zu.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu.

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

Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung	
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 1b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	nein



CARDIOCLINIC KÖLN
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen



B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin



Prof. Dr. med. Herbert O. Vetter



Dr. med. Barbara Limpers

B-1.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name **Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin**
Hausadresse Buchforststraße 2
51103 Köln
Internet www.cardioclinc-koeln.de
§-301-Schlüssel Herzchirurgie (2190)
Hauptabteilung

Chefarzt
Herzchirurgie **Prof. Dr. med. Herbert O. Vetter**
Telefon 0221 / 985292 – 21
Telefax 0221 / 985292 – 99
E-Mail vetter@cardioclinc-koeln.de

Chefärztin
Anästhesie und
Intensivmedizin **Dr. med. Barbara Limpers**
Telefon 0221 / 985292 – 21
Telefax 0221 / 985292 – 99
E-Mail limpers@cardioclinc-koeln.de



Kurzportrait

Die CardioClinic Köln, Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, ist ein Tochterunternehmen der Uniklinik Köln und steht in enger Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie des Herzzentrums der Universitätsklinik Köln. Angesiedelt am Evangelischen Krankenhaus Kalk, werden alle herzchirurgischen Eingriffe bei Erwachsenen ausschließlich der Transplantationschirurgie und der Implantation von Langzeit-Herzunterstützungssystemen durchgeführt. In einem speziell für die Herzchirurgie ausgestatteten Operationsaal werden von einem langjährig erfahrenen Team aus Herzchirurgen, Kardioanästhesisten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Funktionsdienste, Operationsassistenten, Anästhesiepflege und Kardiotechnik jährlich 350 bis 400 Eingriffe am Herzen durchgeführt.

Die durchgeführten Operationen umfassen vor allem die koronare Bypasschirurgie in konventioneller Weise unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und auch die Bypasschirurgie am schlagenden Herzen ohne Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (OPCAB). Für die Gewinnung der Bypassgrafts werden die minimal-invasiven Methoden der endoskopisch videoassistierten Techniken zur Gewinnung der Arteria radialis und der Vena saphena magna routinemäßig angewandt. Bei der koronaren Bypassoperation steht die Verwendung von arteriellen Grafts im Vordergrund.

Ein besonderer Schwerpunkt der Klinik ist die Spezialisierung auf dem Gebiet der Mitralklappenrekonstruktion in minimal-invasiver Technik über einen kleinen Schnitt an der seitlichen Brustwand. Im Zusammenhang mit den Operationen an den Herzkranzgefäßen und der Rekonstruktion bzw. dem Ersatz von Herzklappen werden in Kombination alle Formen der epi- und endokardialen Ablationsmethoden zur Behandlung von Vorhofflimmern durchgeführt.

Die postoperative Versorgung der herzchirurgischen Patientinnen und Patienten erfolgt auf einer Intensivstation mit sechs Intensiv- und drei Intermediate-Care-Betten unter anästhesiologisch-intensivmedizinischer Leitung. Das Team besteht aus Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften, die in großer Anzahl über Zusatzqualifikationen in der Intensivmedizin und über langjährige Erfahrung in der Behandlung herzchirurgischer Patientinnen und Patienten verfügen. Es kommen bei Bedarf alle Verfahren der modernen Intensivmedizin zum Einsatz. Ein ebenso großes Augenmerk wird auch auf die persönliche und individuelle Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen gelegt.

Für das im Haus befindliche Herzkatheterlabor der Praxis Kardiologie Köln am Neumarkt besteht eine 24-Stunden-Bereitschaft und eine ebenso enge Kooperation mit der Klinik für Kardiologie des Evangelischen Krankenhauses Kalk.

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.



B-1.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
	Spezielle herzchirurgische Intensivmedizin

Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC01	Koronarchirurgie
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
VC03	Herzklappenchirurgie
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler bei Erwachsenen
VC05	Schrittmachereingriffe
VC08	Lungenembolektomie
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC10	Eingriffe am Perikard

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser vom 20. Februar 2020 sind Aspekte der Barrierefreiheit nur noch für den Krankenhausstandort gesamt anzugeben.

siehe Kapitel [A-7 Aspekte der Barrierefreiheit](#)

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	286
Teilstationäre Fallzahl	–
Anzahl Betten	15

B-1.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	73
2	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	71
3	I21	Akuter Herzinfarkt	64
4	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	29



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
5	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	25
6	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	8
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	6
8	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	< 4
9	I23	Bestimmte akute Komplikationen nach akutem Herzinfarkt	< 4
10	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	< 4
13	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	< 4
12	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen – Pneumothorax	< 4
13	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	< 4
14	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	< 4

B-1.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	353
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	260
3	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	123
4	5-38b	Entnahme von Blutgefäßen zur Verpflanzung (Transplantation) im Rahmen einer Spiegelung	77
5	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	69
6	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	52
7	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	45
8	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	39
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	32
10	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	30
11	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	30
12	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	22
13	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	20
14	5-371	Operative Beseitigung oder Durchtrennung des erregungsleitenden Gewebes im Herzen bei schnellem und unregelmäßigem Herzschlag	20



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
15	9-984	Pflegebedürftigkeit	20
16	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	18
17	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	18
18	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	16
19	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	16
20	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	14
21	3-05g	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	13
22	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	13
23	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	11
24	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen – Valvuloplastik	10
25	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	10
26	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	8
27	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	8
28	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	7
29	8-83a	Dauer der Behandlung mit einem herzunterstützenden System	7
30	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	6

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Diese Fachabteilung führt keine ambulanten Operationen nach § 115b SGB V durch.

B-1.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

Diese Fachabteilung hat keine Zulassung zum Durchgangs-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft.



B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte		11,00	26,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,00 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,00 -	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		9,70	29,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,70 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	9,70 -	

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ01	Anästhesiologie 8 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Facharztqualifikation "Anästhesiologie"
AQ08	Herzchirurgie 5 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Facharztqualifikation "Herzchirurgie"
AQ23	Innere Medizin
AQ12	Thoraxchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin 7 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärzteteams verfügen über die Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin"
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

Weiterbildungsermächtigungen

Herzchirurgie (4 Jahre)

Anästhesiologie (18 Monate)

Zusatzweiterbildung Intensivmedizin (1 Jahr)



Ärztliches Assistenzpersonal

Seit dem Jahr 2012 beschäftigen wir ärztliches Assistenzpersonal:

CTA (chirurgisch-technische Assistenz)

MAC (medizinische Assistenz in der Chirurgie)

PA (Physician Assistance)

Es stehen dafür 2 Vollzeitstellen zur Verfügung.

B-1.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		25,00	11,44
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		21,00		
- indirekt		4,00		
Versorgungsbereich				
- stationär		25,00		
- ambulant		-		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		2,82	101,42
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		2,50		
- indirekt		0,32		
Versorgungsbereich				
- stationär		2,82		
- ambulant		-		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,75	381,33
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		0,75		
- indirekt		-		
Versorgungsbereich				
- stationär		0,75		
- ambulant		-		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40,00 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – Anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
	Circa 50 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Intensivstation verfügen über die Fachweiterbildung „Anästhesie und Intensivpflege“
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement



CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-1 Herzchirurgie und herzchirurgische Intensivmedizin

Fachweiterbildung

In Kooperation mit der Uniklinik Köln und dem Evangelischen Krankenhaus Kalk besteht die Möglichkeit, die Fachweiterbildung "Anästhesie- und Intensivpflege" zu absolvieren.

Kardiotechnik

Die CardioClinic Köln beschäftigt über den Dienstleister Life Systems langjährig erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kardiotechnik für den Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Es stehen dafür 2 Vollzeitstellen zur Verfügung.



CARDIOCLINIC KÖLN
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

C 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

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

Hinweis zur Darstellung nach Krankenhaus und nach Standorten

Aufgrund der formalen Vorgaben für das neu eingeführte Standortregister gilt die Universitätsklinik Köln seit 2020 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten:

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

Aufgrund der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) kann die Soll-Fallzahl nur für das gesamte Krankenhaus dargestellt und somit die Dokumentationsrate nur krankenhausesbezogen berechnet werden. Dagegen erfolgt die Angabe der Ist-Fallzahl standortbezogen.

Die folgende Tabelle stellt die Soll-Fallzahl und die Dokumentationsrate (Dok.-Rate) für das gesamte Krankenhaus Universitätsklinik Köln (mit CardioCliniC Köln) dar. Für die Ist-Anzahl Datensätze werden nur die für den Standort CardioCliniC Köln ausgewerten Datensätze berücksichtigt.

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	226	100,44 %	< 4
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	44	100,00 %	0
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	59	100,00 %	0
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	70	100,00 %	0
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	20	100,00 %	0
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	45	100,00 %	0
10/2	Karotis-Revaskularisation	171	100,00 %	0
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	387	100,00 %	0
16/1	Geburtshilfe	2.223	100,18 %	0
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	19	100,00 %	0
18/1	Mammachirurgie	276	100,00 %	0
DEK	Dekubitusprophylaxe	544	100,00 %	10



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
HCH-A	Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert	⁽⁴⁾ 1.383	100,29 %	⁽⁴⁾ 198
HCH-M	Herzchirurgie – Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	⁽¹⁾	⁽¹⁾	
HCH-K	Herzchirurgie – Koronarchirurgie, isoliert	⁽¹⁾	⁽¹⁾	
– Aort Kath Endo	– Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	406	100,25 %	0
– Aort Kath Trapi	– Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	7	100,00 %	0
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	118	100,00 %	0
– HEP IMP	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	100	102,00 %	0
– HEP WE	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	20	100,00 %	0
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	⁽⁴⁾ 5	100,00 %	⁽⁴⁾ 0
– HTXM-TX	– Zählleistungsbereich Herztransplantation	< 4	⁽³⁾	0
– HTXM-MKU	– Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	4	100,00 %	0
KEP	Knieendoprothesenversorgung	113	100,00 %	0
– KEP IMP	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	97	101,03 %	0
– KEP WE	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	16	100,00 %	0
LLS	Leberlebendspende	⁽⁴⁾ 0	⁽²⁾ ⁽⁴⁾	0
LTX	Lebertransplantation	⁽⁴⁾ < 4	⁽³⁾ ⁽⁴⁾	0
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	⁽⁴⁾ 0	⁽²⁾ ⁽⁴⁾	0
NEO	Neonatologie	1.081	102,50 %	0
NLS	Nierenlebendspende	⁽⁴⁾ 39	100,00 %	⁽⁴⁾ 0
PCI_LKG ⁽⁵⁾	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	1.752	98,06 %	4
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	188	101,06 %	0
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	⁽⁴⁾ 65	100,00 %	⁽⁴⁾ 0
NTX	Nierentransplantation	⁽¹⁾	⁽¹⁾	⁽¹⁾

Die Sortierung richtet sich nach den Modulschlüsseln.

⁽¹⁾ = Für die Leistungsbereiche der isolierten Aortenklappenchirurgie, kombinierten Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und isolierten Koronarchirurgie bzw. der Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur jeweils die Gesamtfallzahl und die Gesamtdokumentationsrate berechnet. Eine Differenzierung nach Modulen soll hier laut Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht vorgenommen werden.

⁽²⁾ = In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

⁽³⁾ = Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

⁽⁴⁾ = Bei den Leistungsbereichen der Herzchirurgie (HCH) und der Transplantationsmedizin (HTXM, LLS, LUTX, LTX, NLS, NTX und PNTX) gab es von 2019 nach 2020 einen formalen Wechsel des Regelungsrahmens (von der QSKH-Richtlinie zur DeQS-Richtlinie), daher sollen laut G-BA die Überliegerfälle (Aufnahme in 2019 und Entlassung in 2020) für diese Module weder auf der Soll- noch auf der Ist-Seite mitgezählt werden. Somit sind die Fallzahlen nicht mit dem Vorjahr und auch nicht mit dem Folgejahr vergleichbar.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

⁽⁵⁾ = Der Leistungsbereich Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI_LKG) kommt aus dem Regelungsbereich der DeQS-Richtlinie und wird erstmalig im Strukturierten Qualitätsbericht berichtet. LKG steht für Landeskrankenhausgesellschaft und beschreibt den Datenweg, da dieser für die Datenerfassung aus dem ambulanten Bereich ein anderer ist (PCI_KV).

⁽⁶⁾ = Minimaldatensätze dürfen laut G-BA hier nicht mitgezählt werden. Minimaldatensätze enthalten lediglich administrative Angaben und werden bei besonderen Fallkonstellationen erstellt, die keinen inhaltlich plausiblen und vollständigen QS-Datensatz ermöglichen (z. B. Totgeburt), um formal die Dokumentationspflicht zu erfüllen. Bei der Berechnung der Dokumentationsrate werden sie dagegen mitgezählt.

QSKH = Qualitätssicherung im Krankenhaus (Richtlinie des G-BA)

DeQS = Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung (Richtlinie des G-BA)



C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für die Uniklinik Köln

QSKH-RL = Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

Erläuterung zum Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 136 SGB V

Die Krankenhäuser in Deutschland sind zur externen Qualitätssicherung verpflichtet. Die Dokumentationspflicht für einen stationären Fall wird anhand eines Regelwerks (QS-Filter) durch die für die Abrechnung erfassten Schlüsselnummern zu Diagnosen und Prozeduren (ICD- und OPS-Codes) bestimmt.

Die Daten zur Qualitätssicherung werden an eine zentrale Datenannahmestelle zur Auswertung gesandt. Das Verfahren ist zum überwiegenden Teil auf Landesebene organisiert, nur einige Leistungsbereiche (Herzchirurgie und Transplantationen) werden direkt auf Bundesebene beim Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geführt.

Das IQTIG berechnet nach Abschluss der Datenannahme für ein Verfahrensjahr die Kennzahlen für das einzelne Krankenhaus und legt Referenzbereiche (Zielwerte) fest. Kennzahlen mit Referenzbereich werden Qualitätsindikator genannt.

Liegt für ein Krankenhaus das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, wird eine rechnerische Auffälligkeit festgestellt und ein Strukturierter Dialog eröffnet, bei dem das Krankenhaus um eine Stellungnahme gebeten wird. Im Rahmen der für 2020 teilweise geltenden, neuen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) wird der Strukturierte Dialog Stellungnahmeverfahren genannt.

Nach Beratung über die Stellungnahme wird eine Bewertung ausgesprochen, ob die rechnerische Auffälligkeit ein Hinweis auf einen qualitativen Mangel ist.

Das Verfahren war ursprünglich dazu gedacht rechnerische Auffälligkeiten im ärztlich-kollegialen Kreis zu besprechen. Viele Qualitätsindikatoren stammen noch aus der Zeit vor 2010 und wurden nicht für eine öffentliche Darstellung entwickelt.

Aus den Anfängen rührt auch die Bezeichnung einiger Module (Fragebogen mit Auswertungsregeln) her, die gleichlautend zu den Fallpauschalen der 90er Jahre ist. Als zentrale Stelle wurde damals die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gegründet, weshalb das Verfahren oft noch als „BQS-Verfahren“ bezeichnet wird.

Mit dem Anspruch einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die sowohl den ambulanten Sektor der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, als auch den stationären Sektor der Versorgung im Krankenhaus umfasst, werden die Verfahren zur Qualitätssicherung aus der bisherigen QSKH-RL (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) zukünftig in die neue DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung) überführt. Damit verbunden sind formal andere Zuständigkeiten.

Weiterführende Informationen

- G-BA – Der Gemeinsame Bundesausschuss
Wegelystr. 8, 10623 Berlin
www.g-ba.de
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin
iqtig.org



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

- QS NRW – Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW
bei der Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
www.qs-nrw.de
- LAG DeQS NRW – Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft DeQS NRW
bei der Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
www.lag-nrw.de

Erläuterungen zur Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren

Das Ergebnis wird entweder als Quotient aus Zähler und Nenner berechnet und als Prozentwert dargestellt oder risikoadjustiert mittels logistischer Regression bestimmt.

Zähler / Nenner = Ergebnis

Die meisten Kennzahlen sind Quotienten.

Zähler = Anzahl der Fälle mit einem bestimmten Merkmal
Nenner = Anzahl der Fälle, die auf das bestimmte Merkmal geprüft werden

O / E = Risikoadjustiertes Ergebnis (Observed / Expected)

Bei der logistischen Regression wird jährlich anhand des bundesweiten Datenpools ermittelt, welchen Anteil ausgewählte Risikofaktoren (z. B. Alter) beim bundesweiten Gesamtergebnis haben.

Beispiel für eine Risikoadjustierung (stark vereinfachend)

Indikator Komplikationen – Risikofaktor Alter

Beispielkrankenhaus A

100 Patienten
10 Patienten über 75 Jahre 10,0 %
2 Patienten mit Komplikation 2,0 %

Beispielkrankenhaus B

100 Patienten
30 Patienten über 75 Jahre 30,0 %
3 Patienten mit Komplikation 3,0 %

Datenpool (A + B)

200 Patienten
40 Patienten über 75 Jahre 20,0 %
5 Patienten mit Komplikation 2,5 %

Risikofaktor (Alter)

5 Patienten mit Komplikation = **Risikofaktor** x 20,0 % Patienten über 75 Jahre x 200 Fälle
Risikofaktor = $5 / (20,0 \% \times 200) = 0,125$

Für ein einzelnes Krankenhaus kann dann anhand des tatsächlichen Anteils dieser Risikofaktoren bestimmt werden, welches Ergebnis zu erwarten ist (E = Expected) und welches Ergebnis tatsächlich berechnet bzw. beobachtet wird (O = Observed), und wie das Verhältnis ist (O / E). So sollen Krankenhäuser vergleichbar werden, deren Fälle z. B. eine unterschiedliche Altersstruktur haben.

Beispielkrankenhaus A

Observed **O** = 2 Patienten mit Komplikation
Expected **E** = $0,125 \times 10,0 \% \text{ Pat. über 75 Jahre} \times 100 \text{ Patienten} = 1,25$ Patienten mit Komplikation
O / E = $2 / 1,25 =$ **1,6 (schlechter als erwartet)**

Beispielkrankenhaus B

Observed **O** = 3 Patienten mit Komplikation
Expected **E** = $0,125 \times 30,0 \% \text{ Pat. über 75 Jahre} \times 100 \text{ Patienten} = 3,75$ Patienten mit Komplikation
O / E = $3 / 3,75 =$ **0,8 (besser als erwartet)**



Ein Wert für O / E unter 1 bedeutet, dass weniger Fälle mit dem Merkmal aufgetreten sind, als zu erwarten wäre. Ein Wert über 1 bedeutet, dass mehr Fälle aufgetreten sind.

O / E < 1,00	besser als erwartet
O / E = 1,00	erwartungskonform
O / E > 1,00	schlechter als erwartet

(unter der Annahme, dass „weniger“ besser ist)

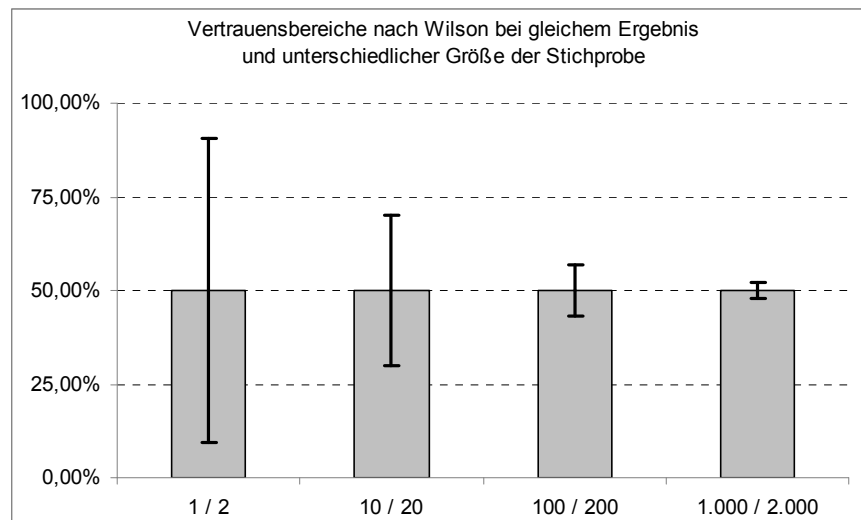
Das Verfahren ist stark abhängig von der Auswahl der Risikofaktoren aus den erfassten Daten und natürlich auch davon, welche Daten im Datenpool sind.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Bereich an, in dem das „wahre“ Ergebnis - unter Berücksichtigung des Messfehlers - mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt.

Dieser Bereich hängt entscheidend von der Anzahl der untersuchten Fälle ab. Je größer diese Anzahl ist, desto kleiner wird der Bereich, in dem das „wahre“ Ergebnis vom Messwert abweichen kann.

1 / 2	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	9,45 % – 90,55 %
10 / 20	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	29,93 % – 70,07 %
100 / 200	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	43,14 % – 56,86 %
1000 / 2000	= 50,00 %	-> Vertrauensbereich:	47,81 % – 52,19 %



Referenzbereich (bundesweit)

Liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, ist es rechnerisch auffällig und es wird ein Strukturierter Dialog eröffnet.

Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren.

Datenschutz

Für Zähler, Nenner, Ergebnis und Vertrauensbereich dürfen laut Gemeinsamen Bundesausschuss aus Datenschutzgründen keine Angaben gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner kleiner als vier (< 4) ist.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat die Kennzahlen und Indikatoren im Verfahren der externen Qualitätssicherung nach SGB V im Juni 2020 im Hinblick auf die Veröffentlichungspflicht im Strukturierter



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Qualitätsbericht nach Kategorien bewertet und für 208 Kennzahlen bzw. Indikatoren die krankenhausbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse empfohlen.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI-Verfahren)

Mit „PQ“ gekennzeichnete Indikatoren sollen von den Ländern bei der Krankenhausplanung berücksichtigt werden. Zur Zeit betreffen diese PlanQI die Bereiche Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien), Geburtshilfe und Mammachirurgie.

Bewertung durch Strukturierten Dialog

Nach Beratung über die Stellungnahme des Krankenhauses wird über eine Einstufung in eine Kategorie eine Bewertung des Ergebniswerts durch die jeweilige Fach- bzw. Arbeitsgruppe vorgenommen.

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	QSKH, DeQS	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	QSKH, DeQS	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	QSKH, DeQS	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	QSKH	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	QSKH	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	31	QSKH	Besondere klinische Situation
		32	QSKH	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	QSKH	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		34	Plan-QI	zureichend
		61	DeQS	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
		62	DeQS	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		63	DeQS	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	41	QSKH	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	QSKH	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		43	Plan-QI	unzureichend
		71	DeQS	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)
		72	DeQS	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

C Qualitätssicherung

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	QSKH	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	QSKH	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		80	DeQS	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		81	DeQS	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	QSKH	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	QSKH	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	QSKH	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		92	DeQS	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QSKH

= Qualitätssicherung im Krankenhaus

DeQS

= Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Plan-QI

= Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

Beispiel U31

U = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

31 = Besondere klinische Situation

Entwicklung zum Vorjahr – rechnerische Tendenz

Die Darstellung der rechnerischen Entwicklung zum Vorjahr ist verpflichtend und wird mit einer folgenden Angaben dargestellt:

- ↗ verbessert
- ↘ verschlechtert
- unverändert
- ◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Vergleich zum Vorjahr – qualitative Tendenz

Beim ebenfalls verpflichtenden qualitativen Vergleich der Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog ergibt sich die Darstellung anhand der folgenden Matrix.

Kategorie im Berichtsjahr	N	R	H	U	A	D	S
Kategorie im Berichtsjahr	Bewertung nicht vorgesehen	Ergebnis liegt im Referenzbereich	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ unauffällig	Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ auffällig	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	Sonstiges
Kategorie im Vorjahr							
N Bewertung nicht vorgesehen	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
R Ergebnis liegt im Referenzbereich	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	↘ verschlechtert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
H Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
U Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ unauffällig	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
A Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ auffällig	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
D Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
S Sonstiges	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar



C-1.2.A

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Beschluss eines Anhangs 3 (Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2020“ vom 16.09.2021, zuletzt geändert durch Korrekturen am 06.10.2021, werden die Ergebnisse auf den folgenden Seiten dargestellt.



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Leitlinienkonforme Indikation

ID 101803 Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
QI im QSKH-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,19 %	94,02 – 94,36 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>



Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Leitlinienkonforme Systemwahl			
ID 54140	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter			
QI im	wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt			
QSKH-	Verfahren*			
	Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)
	< 4	–	–	>= 90,00 %
	Datenschutz ^(x)			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Bundesergebnis	98,53 %	98,43 – 98,62 %	
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

03 Systeme 1. Wahl

ID 54141 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten

TKez im QSKH-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	96,65 %	96,51 – 96,78 %
----------------	---------	-----------------

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte System-wahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adä- quaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resyn-chroniza-tion thera-py. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04	Systeme 2. Wahl			
ID 54142	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in			
TKez im	weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten			
QSKH-	Verfahren*			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,10 %	0,07 – 0,12 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/ehf150.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

05 Systeme 3. Wahl

ID 54143 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten

QI im QSKH-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 10,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,78 %	1,68 – 1,88 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>



Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln			
ID 52139	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)			
QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	>= 60,00 %	
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,94 %	88,73 – 89,15 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA




09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

07 Dosis-Flächen-Produkt

ID 101800 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte QI im QS KH-Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Verfahren* Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,00 O / E	0,00 – 7,40	<= 3,44 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,87	0,85 – 0,89		

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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



Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen			
ID 52305				
QI im QSKH-Verfahren*	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 10	90,00 %	59,58 – 98,21 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,31 %	95,23 – 95,39 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fall-zahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

09 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

ID 101801

QI im QSKH-Verfahren*
 Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

< 4	–	–	≤ 2,60 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	1,05 %	0,98 – 1,13 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

10 Sondendislokation oder -dysfunktion

ID 52311 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
 QI im QSKH-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 3,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,59 %	1,50 – 1,68 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

11 Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden

ID 101802

TKez im Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große
QSKH- Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	Nicht definiert	–

Bundesergebnis 55,05 % 54,68 – 55,41 %

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

– – –
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf



Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Transparenzkennzahl (TKetz) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
12	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 51191	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
QI im	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QSKH-Verfahren*	verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,00 O / E	0,00 – 87,75	<= 4,29 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,11	1,05 – 1,18		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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



Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
13 ID 2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen			
QI im QSKH-Verfahren*	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,03 %	0,02 – 0,04 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
N01	Bewertung nicht vorgesehen			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierten Dialog.




09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---


14 ID 2194 QI im QSKH- Verfahren*	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	--	----------------------------

keine Fälle	–	–	<= 2,77 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	---	---	----------------------------	--

Bundesergebnis	1,01	0,97 – 1,04
----------------	------	-------------

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

N01	Bewertung nicht vorgesehen	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>



Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
15 ID 2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres			
QI im QSKH-Verfahren Inf.-bez.*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	<= 6,14 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,04	0,90 – 1,19		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
N01	Bewertung nicht vorgesehen			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe


Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

ID 52009

QI im QSKH-Verfahren* Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 2,67	2,25 O / E	1,03 – 4,82	<= 2,32 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 287				
Bundesergebnis	1,05	1,04 – 1,06		

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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





CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2

ID 52326 Patientinnen und Patienten, bei denen während des
TKez im Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür
QSKH- (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer
Verfahren* 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)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 287	1,39 %	0,54 – 3,53 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 0,33 % 0,33 – 0,33 %

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

— —

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Verbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

03 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3

ID 521801 Patientinnen und Patienten, bei denen während des
TKez im Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür
QSKH- (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem
Verfahren* Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis
zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist
(Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	0,06 %	0,06 – 0,06 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf



Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4			
ID 52010				
QI im QSKH-Verfahren*	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)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 287	0,00 %	0,00 – 1,32 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,00 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>



* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierten Dialog.



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
01	Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts			
ID 382000	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten			
QI im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 10	0,00 %	0,00 – 27,75 %	<= 3,33 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,70 %	0,52 – 0,95 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird


Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 382009

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

0 / 10	0,00 %	0,00 – 27,75 %	<= 2,35 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------	---------------	----------------	------------------------------	---

Bundesergebnis 0,44 % 0,29 – 0,65 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

03	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei offen-chirurgischem, isoliertem Aortenklappeneingriff
ID 382005	
TKez im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 10	0,00 %	0,00 – 27,75 %	Nicht definiert	–

Bundesergebnis 1,93 % 1,61 – 2,31 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungsverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

– –

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie


Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 382006 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts DeQS- verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) Verfahren*

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	---	-------------------------


0 / 0,08	0,00 O / E	0,00 – 36,48	<= 2,66 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 10				

Bundesergebnis	1,05	0,91 – 1,22
----------------	------	-------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

→



CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts

ID 372000

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

keine Fälle	–	–	<= 4,12 % (95. Perzentil)	–
--------------------	----------	----------	---	----------

Bundesergebnis	1,89 %	1,72 – 2,08 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

 eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts

ID 372001

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

keine Fälle	–	–	<= 3,40 % (95. Perzentil)	–
--------------------	----------	----------	--	----------

Bundesergebnis	1,15 %	1,01 – 1,30 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

 eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

03 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 372009

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

keine Fälle	–	–	<= 2,18 % (95. Perzentil)	–
--------------------	----------	----------	--	----------

Bundesergebnis	0,72 %	0,61 – 0,84 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, isoliertem Aortenklappeneingriff

ID 372005

TKez im DeQS-Verfahren*

Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
--------------------	---	---	-----------------	---

Bundesergebnis	2,17 %	1,98 – 2,37 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

–	–	–
---	---	---

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

05 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 372006 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts DeQS- verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) Verfahren*

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	---	-------------------------

keine Fälle	–	–	<= 2,32 (95. Perzentil)	–
--------------------	---	---	----------------------------	---

Bundesergebnis	1,02	0,93 – 1,11
----------------	------	-------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf





CARDIOCLINIC KÖLN

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA




KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft


Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
ID 352000	Patientinnen und Patienten, bei denen die linksseitige Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (Bypass) verwendet wurde
QI im DeQS-Verfahren*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
138 / 145	95,17 %	90,37 – 97,64 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 94,85 % 94,57 – 95,13 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 352010

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 1,68 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,68 % 0,58 – 0,81 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei isolierter Koronarchirurgie			
ID 352006				
TKez im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringenden notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,81 %	1,64 – 2,01 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 352007 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts DeQS-Verfahren* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,34 O / E	0,06 – 1,89	<= 2,39 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,11	1,03 – 1,19		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie

ID 56000

Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

QI im DeQS-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

< 4	–	–	>= 29,31 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	59,74 %	59,52 – 59,96 %
----------------	---------	-----------------

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

ID 56001

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 56,95 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	31,26 %	31,05 – 31,47 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

S99 Sonstiges

Einleitung Stellungnahmeverfahren von Fachkommission und LAG nicht empfohlen

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 56003	Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt			
QI im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	-	-	>= 45,16 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	72,59 %	72,11 – 73,07 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
N01	Bewertung nicht vorgesehen			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der

Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt

ID 56004 Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

keine Fälle	–	–	<= 18,98 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------------	---	---	-------------------------------	---

Bundesergebnis	4,21 %	4,01 – 4,43 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>



* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der

Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²			
ID 56005	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ²			
QI im DeQS-Verfahren*	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ²			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,82	0,00	O / E	0,00 – 2,39	
Fallzahl: 4			<= 2,15 (95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,91	0,90 – 0,92		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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



https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06 ID 56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²			
QI im DeQS-Verfahren*	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ²			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	0,00 O / E	0,00 – 2,77	<= 2,31 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,97 – 1,02		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
07 ID 56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²			
QI im DeQS-Verfahren*	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ²			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	<= 2,06 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,93	0,92 – 0,94		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
N01	Bewertung nicht vorgesehen			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie


Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

08 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

ID 56008 Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

QI im
DeQS-
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 5	0,00 %	0,00 – 43,45 %	<= 0,83 % (90. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,39 %	0,38 – 0,41 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

09 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml

ID 56009

QI im DeQS-Verfahren* Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 11,57 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	5,23 %	5,16 – 5,29 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

S99 Sonstiges

Einleitung Stellungnahmeverfahren von Fachkommission und LAG nicht empfohlen

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der

Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml			
ID 56010	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde			
QI im DeQS-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 44,93 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	19,05 %	18,56 – 19,55 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml			
ID 56011	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel			
QI im DeQS-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	<= 27,44 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	12,37 %	12,25 – 12,50 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
N01	Bewertung nicht vorgesehen			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie


Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

12 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

ID 56014

QI im DeQS-Verfahren* Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	>= 85,36 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,88 %	92,63 – 93,13 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

N01 Bewertung nicht vorgesehen

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

13 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

ID 56016 Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
 QI im DeQS-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 89,23 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,50 %	94,41 – 94,58 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

C-1.2.B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 sind an dieser Stelle („Tabelle B“) keine Qualitätsindikatoren angegeben.

C-1.2.C Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 ist eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse nicht vorgesehen.



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

Trifft nicht zu.

In Nordrhein-Westfalen gibt es kein Verfahren zur externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V, das auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgeht.

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.



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

Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge. Dementsprechend sind auch noch keine Kriterien definiert, anhand derer sich die Menge zählen ließe.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Trifft nicht zu.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.

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

Trifft nicht zu.



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

Trifft nicht zu.

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

Nr.	Fortbildungsverpflichtete Personen	Anzahl
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) ¹	14
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	14
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben ²	12

¹ Fortbildungsverpflichtete Personen 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“ (FKH-R) in der Fassung vom 18.05.2017 (siehe www.g-ba.de)

² Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

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

Aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist die Datengrundlage zur Ermittlung des monatsbezogenen (Kapitel C-8.1) sowie des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) im Berichtsjahr 2020 eingeschränkt. Mit den Daten für die Monate Januar und Februar liegen für die Bereiche Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils lediglich Daten zu zwei Monaten des Jahres 2020 vor, auf deren Basis der monatsbezogene Erfüllungsgrad (Kapitel C-8.1) ermittelt wurde. Die Erfüllungsgrade sind daher unter Berücksichtigung der eingeschränkten Datengrundlage zu interpretieren und müssen nicht repräsentativ für das gesamte Jahr sein. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus monatsbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

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



C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände ²
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Tag	100,00 %	2
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Nacht	100,00 %	2
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Tag	50,00 %	0
Der Erfüllungsgrad ist hier wegen der Pandemie nicht aussagekräftig.				
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Nacht	100,00 %	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)

² Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Tagschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Absatz 2 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Tag	96,71 %
Intensivmedizin	CardioClinic Intensiv	Nacht	97,18 %
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Tag	86,96 %
Intensivmedizin	CardioClinic IMC-Station	Nacht	88,41 %
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Tag	53,33 %
Der Erfüllungsgrad ist hier wegen der Pandemie nicht aussagekräftig.			
Herzchirurgie	CardioClinic Normalstation	Nacht	100,00 %

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)

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind



CARDIOCLINIC KÖLN
Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

D Qualitätsmanagement



D-1 Qualitätspolitik

Die Uniklinik Köln und die Medizinische Fakultät haben im Mai 2013 ein neues gemeinsames Leitbild für die Uniklinik verabschiedet: Diesem Leitbild ist auch die CardioClinic Köln als 100%ige Tochter verpflichtet.

Leitbild

Im Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät Köln beruht erfolgreiche Zusammenarbeit auf gemeinsamen Werten, Einstellungen und guter Kommunikation.

Gesellschaftlicher Auftrag

Wir setzen uns kompetent für unseren gesellschaftlichen Auftrag der Krankenversorgung, Forschung und Lehre ein. Dabei gehen wir mit den Ressourcen, die uns die Gesellschaft zur Verfügung stellt, nachhaltig und verantwortlich um.

Würde

Wir respektieren die Würde und die Persönlichkeit eines jeden Menschen.

Patientinnen und Patienten

Wir verdienen uns das Vertrauen unserer Patientinnen, Patienten und der Menschen, die sie begleiten, durch fachliche Kompetenz und eine offene, ehrliche Kommunikation.

Forschung und Lehre

Wir wecken den Wissensdrang der Studierenden und die Leidenschaft junger Ärztinnen und Ärzte für ihren Beruf. Frühzeitig begeistern wir den Nachwuchs für Forschung und bieten Möglichkeiten, Ideen bis zur Innovation zu verwirklichen.

Wir forschen unermüdlich an besseren Diagnose- und Behandlungsverfahren. Dazu vernetzen wir uns mit nationalen und internationalen Partnern innerhalb und außerhalb der Universität.

Wir verpflichten uns zu wissenschaftlicher Integrität.

Ausbildung und Zusammenarbeit

Wir bilden unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zielgerichtet aus, fördern Berufswege und wissenschaftliche Karrieren. Dieser Auftrag umfasst alle Berufsgruppen im Universitätsklinikum und in der Fakultät.

Wir pflegen einen teamorientierten Arbeitsstil. Dabei schätzen wir die individuelle Vielfalt und fördern die Neugier und Kreativität unserer Beschäftigten.

Kooperation

Wir führen mit unseren Kooperationspartnern einen guten Dialog.

Führung

Alle Beschäftigten sind dem Leitbild verpflichtet. Unsere Führungskräfte setzen sich für seine Umsetzung besonders ein.

Sie vermitteln unseren Beschäftigten Anspruch und Vision der Uniklinik und der Fakultät und definieren erreichbare Ziele zur Umsetzung der Strategien.



Sie erkennen die Potenziale unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, fördern ihre persönliche und berufliche Entwicklung und berücksichtigen individuelle Lebenslagen. Sie schaffen Raum für offene Kommunikation, konstruktives Feedback und Lösungen. Sie stellen sich schützend vor unberechtigt oder ehrverletzend angegriffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie fördern eine offene Fehlerkultur und ein umfassendes Qualitätsmanagement.

Wir leisten unseren Beitrag zu mehr Gesundheit in der Gesellschaft - heute und in der Zukunft.

D-2 Qualitätsziele

Das Wohl der Patientin und des Patienten, deren Zufriedenheit und Sicherheit stehen im Mittelpunkt der Krankenversorgung in der CardioClinic Köln. Der respektvolle Umgang mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse ist eine wesentliche Säule bei der Schaffung einer besonders persönlichen und kompetenten Patientenversorgung.

Bei den Ergebnissen der medizinischen und pflegerischen Versorgung streben wir das höchste Niveau an. Das beginnt beim Ausschluss von Mängeln, der Vermeidung von Fehlern und dem Minimieren von Risiken. Die Patientinnen und Patienten vor unerwünschten Ereignissen zu bewahren ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung. Eine reibungslose, interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern im Evangelischen Krankenhaus Kalk, den angegliederten Praxen und den medizinischen Disziplinen der Uniklinik sind dafür notwendig. Ein hoher Facharztstandard und erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf allen Ebenen der Klinik gewährleisten ein hohes Maß an Patientenzufriedenheit und eine geringe Komplikationsrate.

In der Uniklinik wird ein umfassendes Risiko- und Fehlermanagement betrieben, das auch in der CardioClinic Köln eingesetzt wird. Organisatorische, pflegerische und medizinische Fehler werden aufgedeckt und auch aus Beinahefehlern (CIRS) Informationen gesammelt, um Zwischenfälle mit Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Der Zentralbereich Medizinische Synergien der Uniklinik Köln ist direkt dem Vorstand der Uniklinik Köln zugeordnet und untersteht dem Ärztlichen Direktor. Planung und Umsetzung von Projekten und regelmäßige Aufgaben des Qualitätsmanagements werden dort umgesetzt und dem Vorstand über Verlauf und Ergebnisse der Arbeit berichtet.

Der Leiter ist in den Lenkungscommissionen der Uniklinik vertreten. In diesem Rahmen werden auch die Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach SGB V der Bundesebene, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), und der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (QS NRW) bzw. der Landesarbeitsgemeinschaft NRW (LAG DeQS NRW) zusammengeführt und koordiniert.

Die CardioClinic Köln als dezentrale Einheit ist in diese Strukturen eingebunden. Klinikinterne Qualitätsmanagementsysteme wurden nach den spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaften beziehungsweise den gesetzlichen Vorgaben entwickelt.



Qualitätsmanagement Hämotherapie

Die CardioClinic Köln legt besonderes Augenmerk auf die Umsetzung des Qualitätsstandards „Patientenorientiertes Blut-Management“ (Patient Blood Management). Das Qualitätsmanagement-Handbuch Hämotherapie ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter elektronisch verfügbar.

Krankenhaushygiene

Der Hygieneplan wird fortlaufend aktualisiert und ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter elektronisch verfügbar, Hygienekommissionssitzungen finden halbjährlich und bei Bedarf statt, es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Zentralen Krankenhaushygiene der Uniklinik Köln.

Die Infektions-Einzelfallanalyse erfolgt fortlaufend mit kontinuierlicher Anpassung der Maßnahmen. Der Erfolg zeigt sich in einer niedrigen Infektionsrate.

Das ABS (Antibiotic Stewardship)-Management mit klinikinterner Leitlinie dient der Überwachung einer rationalen Antibiotikatherapie.

Arzneimittel

- Halbjährliche Begehungen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhausapotheke
- Umsetzung der Vorgaben der Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln

Patientensicherheit

- Anwendung eines Patientenidentifikationsarmbands
- Einsatz von OP-Sicherheits-Checklisten, Team-timeout-Verfahren

Entlassmanagement

Die weitere Versorgung nach dem stationären Aufenthalt wird durch gezielte Vorgaben des Entlassmanagements organisiert. Hier werden die Vorgaben der Uniklinik Köln unter Einsatz des Uniklinik-internen EDV-Systems umgesetzt.

Arbeitsschutz

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit gewährleistet die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben.

Es existiert ein eigenes Evakuierungs- und Brandschutzkonzept für die CardioClinic Köln innerhalb der Räumlichkeiten des Evangelischen Krankenhauses Kalk.

Der Arbeitssicherheitsausschuss tagt regelmäßig unter Beteiligung des betriebsärztlichen Dienstes (Uniklinik Köln).

Strukturierte Konferenzen

Herzkatheter- und Heart-Team-Konferenzen werden mit den Zuweisern und Kooperationspartnern durchgeführt.

M&M (Mortalitäts- und Morbiditäts)-Konferenzen der CardioClinic Köln werden bei jedem Fall zeitnah durchgeführt. Dies ist wegen der geringen Größe des Teams gut umsetzbar.



Medizinproduktegesetz (MPG)

Die Einhaltung der Vorgaben des MPG wird vom Medizinprodukte-Beauftragten überwacht und koordiniert.

Einweisung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Die Einweisungen erfolgen im Rahmen der Einarbeitungen, Wiederholungseinweisungen werden in regelmäßigen Abständen angeboten.

Datenschutz

Die DSGVO (Datenschutz-Grundverordnung) wird durch die Uniklinik Köln umgesetzt und schließt die Betreuung der CardioClinic Köln ein. Vor Ort gibt es eine Datenschutzkoordinatorin.

Mitarbeiterfürsorge

Ein vertrauensvolles, persönliches Verhältnis zu allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist durch die Größe der Klinik gegeben. So ist die Umsetzung individueller Bedürfnisse und die Lösung von Problemen möglich.

Evangelisches Krankenhaus Kalk (EVKK)

Die Bereiche Operationsabteilung und Normalstation sowie grundsätzliche Bereiche der Logistik wie die Abfallentsorgung und die Gebäudetechnik sind eng mit dem EVKK verbunden. Daher werden dort die Vorgaben Qualitäts- und Risikomanagements des EVKK angewendet.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Klinisches Risikomanagement

Die Uniklinik Köln strebt ein umfassendes Klinisches Risikomanagement an. Das zentrale Klinische Risikomanagement der Uniklinik Köln hat drei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze zur Risikoidentifikation etabliert, die auch in der CardioClinic Köln Anwendung finden:

Statistische Verfahren

- externe Qualitätssicherung
- Aktenanalyse und Befragungen

Anlasslose Verfahren

- Begehungen der Aufsichtsbehörden
- Interne Prozess- und Systemaudits nach den Vorgaben von Normen und Fachgesellschaften
- Risikoaudits: Begehungen der klinischen Bereiche in Kooperation mit der Zentralen Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und den ärztlichen und pflegerischen Vertreterinnen und Vertretern der begangenen Bereiche



Anlassbezogene Verfahren

- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Lob- und Beschwerdemanagement
- Für Schadensfälle ist ein Verfahren etabliert, das einerseits vom London-Protokoll abgeleitet ist und andererseits Elemente der Flugunfalluntersuchungen übernommen hat. Bei Verdacht auf Schadensfälle werden die Untersuchungen eingeleitet.
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M)
- Sturzerfassung und -analysen
 - auf der CardioCliniC Intensivstation: Erfassung und -analyse über Uniklinik Köln
 - auf der CardioCliniC Normalstation: Erfassung und -analyse gemeinsam mit dem EVKK

Einige Instrumente und Leistungen werden zentral über die Uniklinik Köln organisiert:

- Organisation der Patientenbefragung, die Auswertung und interne Kommunikation erfolgt durch die Unternehmensstrategie im Rhythmus alle zwei Jahre
- Ideenwettbewerb
- Beratung von Kliniken, Instituten, Schwerpunkten und Bereichen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen
- Mitarbeiterqualifikation durch das Bildungszentrum mit einem umfassenden Seminarprogramm und Weiterbildungsangeboten, das auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Tochtergesellschaften zur Verfügung steht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CardioCliniC Köln nehmen hier überwiegend an Reanimations-schulungen im Skills Lab und an den Weiterbildungen zum Wundexperten teil.

Universitäre Medizin ist gefahren geneigt, jede Operation, jeder invasive Eingriff und jedes hochwirksame Medikament kann unerwünscht wirken. Zusätzlich zu den Risiken, die der medizinischen Diagnostik und Therapie innewohnen, können weitere Risiken durch menschliche Fehler, versagende Technik oder insuffiziente Organisation auftreten. Das Klinische Risikomanagement bekämpft besonders diese zusätzlichen Risiken.

Diese Risiken müssen erkannt und aufgedeckt werden, bevor ein Schaden für die Patientin oder den Patienten entsteht. Meistens sind solche Risiken nicht offensichtlich und es ist eine besondere Aufgabe sie rechtzeitig zu entdecken. Deshalb werden unterschiedliche Rückkopplungssysteme entwickelt und aufrechterhalten.

Damit sollen der Vorstand und andere Verantwortliche der Patientenbehandlung direkte Informationen bekommen, die nicht auf den dienstlichen Informationswegen basieren. Die Rückkopplungssysteme sollen für alle betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Patientinnen und Patienten offen sein, sie sollen niederschwellig und einfach sein.

Folgende in der Uniklinik von den Medizinischen Synergien betriebene Rückkopplungssysteme werden in der CardioCliniC Köln verwendet:

- Beim **Critical Incident Reporting System (CIRS)** können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anonym und sanktionsfrei Risiken für Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter melden. Das CIRS dient der schnellen Erfassung von kritischen Ereignissen (critical incidents) und ermöglicht im Bedarfsfall ein schnelles Einleiten von Korrekturmaßnahmen.



- Voraussetzung für das Gelingen eines CIRS ist die sanktionsfreie Bearbeitung der Berichte und die vorurteilsfreie Suche nach den Ursachen. Häufig sind es organisatorische Defizite, die zu kritischen Ereignissen führen, z. B. wenn gefährliche Medikamente aufgrund mangelnder Kennzeichnung leicht verwechselt werden können.
- Die Berichte werden in vertraulicher oder auch anonymer Form über ein elektronisches Formular an einen unabhängigen Dritten geschickt, dies ist hier der Zentralbereich Medizinische Synergien. Dort werden sie anonymisiert und an das CIRS-Team der zuständigen Abteilung weitergeleitet, das die Berichte weiterbearbeitet.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der CardioClinic Köln haben die Möglichkeit, über das Meldesystem der Uniklinik Risiken zu melden. Dies ist bisher nicht in Anspruch genommen worden. Ein vertrauensvolles und offenes Miteinander im Team ermöglicht die Aufdeckung von kritischen Ereignissen (Critical Incidents) im persönlichen Gespräch mit den direkten Vorgesetzten und der Klinikleitung. Vorschläge zur Korrektur können ebenso auf diesem Weg gemacht werden und werden bei Eignung zeitnah umgesetzt.
- **Das Lob- und Beschwerdemanagement** der CardioClinic Köln zeichnet sich bei kleinen Fallzahlen durch eine direkte und persönliche Bearbeitung aus. Die CardioClinic Köln erhält viel Lob von Patienten und Angehörigen, sowohl zur Qualität der medizinischen Behandlung, als auch zu der liebevollen und zugewandten Betreuung. Beschwerden wird unverzüglich nachgegangen und möglichst zeitnah eine Korrektur veranlasst.
- **Patientenbefragungen** gehören neben dem Beschwerdemanagement zu einer sehr wichtigen Informationsquelle zu der Frage, wie die Uniklinik wahrgenommen wird. Während das Beschwerdemanagement sich auf den einzelnen Fall fokussiert, lassen sich aus den Patientenbefragungen auch statistische Auswertungen ableiten.

Die Uniklinik befragt alle geraden Jahre über 5.500 Patientinnen und Patienten der Monate September bis November, die nach einem Zufallsverfahren ausgewählt und angeschrieben werden. In diesem Pool sind auch Patienten der CardioClinic Köln enthalten. Über 1.000 Patientinnen und Patienten werden in den operativen Kliniken zur ihren postoperativen Schmerzen in Ruhe, bei Belastung und ihrem maximalen Schmerz sowie zur Zufriedenheit mit der Schmerzmedikation befragt. Die Ergebnisse werden den Kliniken zur Verfügung gestellt und daraus spezifische Schmerzkonzepte entwickelt.
- Bei den **Internen Risikoaudits** werden klinische Bereiche gemeinsam vor Ort begangen. Für jeden Bereich wird eine Checkliste erstellt, sie basiert auf den Hinweisen (Monita) der amtsärztlichen Begehungen, soweit diese vorliegen. In der CardioClinic Köln werden problematische Bereiche gemeinsam mit den zuständigen Verantwortlichen und Beauftragten begangen, die Risiken werden identifiziert und bewertet und bei Bedarf weitere Fachleute wie Apothekerinnen und Apotheker oder auch externe Experten oder Gutachter hinzugezogen. Gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeitern werden Maßnahmen zur Beseitigung oder Minderung des Risikos entwickelt. Die Begehungen erfolgen anlassbezogen oder auch ohne Ankündigung.



Hinweise zur Datengrundlage

Angaben zu Fallzahlen anhand der Erfassung zur Abrechnung

Die ICD- und OPS-Codes, also die Schlüsselnummern zu Diagnosen und Behandlungen, werden anhand der Krankenakte zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale zur Abrechnung erfasst, ein „Fall wird kodiert“.

ICD – Diagnoseschlüssel-Katalog
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
OPS – Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V
Operationen- und Prozeduren-Schlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen die verpflichtenden Deutschen Kodierrichtlinien beachtet werden. Einige Codes dürfen nur einmal pro Fall kodiert bzw. gezählt werden, während andere Codes bei jeder erbrachten Leistung erfasst werden müssen.

In der Praxis ist es für die Erfassung vor allem relevant, ob ein ICD- bzw. OPS-Code tatsächlich erlösrelevant ist, dies auch ohne Absicht zur gezielten Erlösmaximierung. Ein weiterer Einfluss ergibt sich dadurch, wer die Daten erfasst bzw. wie der Arbeitsprozess der OPS-Kodierung in den einzelnen Fachabteilungen organisiert ist.

ICD- und OPS-Codes sind daher als Abrechnungsschlüssel nicht mit einer medizinischen Dokumentation zu verwechseln.

Datensatz analog § 21 KHEntgG

Die einheitliche Datengrundlage für die Fallzahlen (Top-Listen) zu ICD- und OPS-Codes im Strukturierten Qualitätsbericht ist analog zum Datensatz nach § 21 Krankenhaus-Entgelt-Gesetz (KHEntgG).

Der Datensatz nach § 21 KHEntgG enthält Daten zu allen stationären Fällen. Er wird vom Controlling erstellt und einmal im Jahr gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Dort werden diese Daten zur Anpassung der Vergütungsregeln (DRG) eingesetzt.

Es werden für diesen Bericht nur die Hauptdiagnosen eines Falls berücksichtigt. Teilstationäre Fälle wurden nur für die Top-Listen der OPS-Codes berücksichtigt.

Daten zu ambulanten, somatischen Fällen sind im Datensatz nach § 21 KHEntgG nicht enthalten und sollen gemäß der Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Top-Listen zu den ICD- und OPS-Codes auch nicht mitgezählt werden.

Top-Listen zu ICD-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der Hauptdiagnose nach ICD ist anhand der entlassenen Fachabteilung umgesetzt. Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen der Universitätsklinik Köln, bei dem ein Fall und damit dessen Hauptdiagnose der Fachabteilung mit der kumuliert längsten Verweildauer einer Patientin oder eines Patienten zugeordnet wird.

Top-Listen zu OPS-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der OPS-Codes ist laut G-BA nach der leistungserbringenden Fachabteilung vorzunehmen. Da diese Information in der Datenbasis nicht enthalten ist, wird ein Regelwerk auf die Daten angewendet, das anhand des OPS-Codes und der "liegenden" bzw. anfordernden Fachabteilung die Leistung der erbringenden Fachabteilung zuordnet.



Regelbasierte OPS-Zuordnung

Für den Strukturierten Qualitätsbericht 2006 wurde die Zuordnung der OPS-Codes zur erbringenden Fachabteilung erstmalig anhand von Regeln vorgenommen.

Der OPS-Katalog wurde systematisch daraufhin überprüft, ob eine Leistung typischerweise von einer Fachabteilung erbracht wird, wie z. B. ein Computertomogramm („CT“) von der Radiologie. Dabei hat sich gezeigt, dass die Information, auf welcher Fachabteilung die Patientin oder der Patient liegt, ein zusätzlich entscheidendes Kriterium sein kann, von welcher Fachabteilung die Leistung konsiliarisch angefordert wird.

Anhand dieser Analyse wurde ein Regelwerk erstellt, das seitdem in der hausinternen Diskussion korrigiert und ergänzt wird. Anhand des OPS-Codes und der „liegenden“ (anfordernden) Fachabteilung wird die Leistung der erbringenden Fachabteilung zugeordnet.

Ab Berichtsjahr 2020 erfolgt die Regelanwendung direkt im Controlling.

Vergleichbarkeit zum Vorjahr

Die Kataloge zu ICD und OPS unterliegen wie auch die Kodierrichtlinien einem jährlichen Wandel, der einen jahresübergreifenden Vergleich nicht ohne nähere Prüfung der Katalogwerke und der Kodierrichtlinien zulässt.

Vergleichbarkeit zu anderen Berichten

Die Angaben zu Fallzahlen im Strukturierten Qualitätsbericht werden gemäß der DRG-Systematik ermittelt, die Angaben zu Fallzahlen im Jahresbericht (Geschäftsbericht) werden nach den Regeln der Landeskrankenhausstatistik berechnet. Diese unterschiedlichen Vorgaben führen zu unterschiedlichen Angaben. Die Fallzahlen im Jahresbericht und im Strukturierten Qualitätsbericht können daher nicht miteinander verglichen werden.

Angaben zum Personal

Die Angaben zum Personal erfolgen gemäß Beschluss des G-BA ohne Personalanteil für Forschung und Lehre.

Hinweis zu den Texten

Alle Texte, die auch in der maschinenlesbaren Datenbankfassung enthalten sind, hauptsächlich also die Texte in Tabellen, unterliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Textlängenbeschränkung (meist nur 300 Zeichen), daher muss hier eine knappe Formulierung gewählt werden, die auf Abkürzungen nicht verzichten kann.

Hinweis zum Datenschutz

Die eindeutige Krankenversicherungsnummer (eGK-Nummer), die seit 2013 im Datensatz nach § 21 KHEntgG verpflichtend enthalten ist, wurde vor der Aufbereitung für diesen Bericht anonymisiert. Aus der Datengrundlage für diesen Bericht kann daher kein Bezug mehr zu einer konkreten Person hergestellt werden.



Impressum

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Ärztliche Direktorin

Dr. med. Barbara Limpers
Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin
CardioClinic Köln

Hausanschrift: Buchforststraße 2, 51103 Köln
Telefon +49 (0)221/985292 – 21
Telefax +49 (0)221/985292 – 99
E-Mail limpers@cardioclinc-koeln.de

Redaktionelle Bearbeitung

Projektleitung
Dr. med. Barbara Limpers
Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin

Telefon +49 (0)221/985292 – 21
Telefax +49 (0)221/985292 – 99
E-Mail limpers@cardioclinc-koeln.de

Redaktionelle Mitarbeit

Georg Hornbach (Geschäftsführer)
Prof. Dr. med. Herbert Vetter (Chefarzt Herzchirurgie)
Dr. med. Stefanie Reinhardt (Oberärztin Herzchirurgie)
Anke Schuster (Büroleiterin Verwaltung)
Dr. med. Janine Zweigner (Universitätsklinikum Köln, Zentrale Krankenhaushygiene)

Beratung

Dr. med. Martin Klein (Universitätsklinikum Köln, Zentralbereich Medizinische Synergien)

Datensatz analog § 21 KHEntgG, Anonymisierung und Aufbereitung

Ines Dohle, B. A. (Universitätsklinikum Köln, Controlling)
Dr. med. Martin Klein (Universitätsklinikum Köln, Zentralbereich Medizinische Synergien)

Datenauswertung für die OPS-Tabellen und für den ambulanten Bereich

Roman Voskoboynik (Universitätsklinikum Köln, Controlling)

Angaben zu Personalzahlen und -qualifikationen

Frank Fuhr (Universitätsklinikum Köln, Geschäftsbereich Personal)
Anke Schuster (Büroleiterin Verwaltung)
Ralf Winter (Teamleitung Pflege)

Redaktion für Kapitel D – Qualitätsmanagement

Dr. med. Barbara Limpers (Ärztliche Direktorin, Chefärztin Anästhesie und Intensivmedizin)
Dr. rer. nat. Thomas Groß (Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien)

Laiensprachliche Übersetzungen zu ICD- und OPS-Katalogen

Bertelsmann Stiftung (www.weisse-liste.de) außer an gekennzeichneten Stellen

Alle Fotos

Udo Geisler Photographie (Essen)
Heyst GmbH (Essen)
MedizinFotoKöln (Dekanat der Universität zu Köln)

Alle Rechte bei den Urhebern

Software zur Datenaufbereitung empira Software GmbH (www.empira.de)

Strukturierter Qualitätsbericht der CardioClinic Köln (PDF)

www.cardioclinc-koeln.de/qualitaetsberichte

Alle Strukturierten Qualitätsberichte der Universitätsklinik Köln 2004 – 2020 (PDF)

www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte