

Strukturierter Qualitätsbericht
für das Berichtsjahr 2004
für das Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln-Braunsfeld

Version 1.0

30. August 2005

Herausgeber:

Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln-Braunsfeld GmbH
Aachener Straße 445-449

50933 Köln

☎ 0221-94071-0

www.dreifaltigkeits-krankenhaus.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Basisteil	5
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	5
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	5
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	5
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	5
A- 1.7 A Fachabteilungen	6
A-1.7 B Top 30 DRG	7
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	8
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	8
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	8
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	9
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	9
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	9
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-1.1 Name der Fachabteilung:	10
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	10
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	10
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	10
B-1.5 Top-10 DRG	11
B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	12
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	13
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	14

B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	14
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	14
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	14
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	15
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	15
C	Qualitätssicherung	16
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	16
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	17
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	17
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	17
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	18
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	21
	Systemteil	22
D	Qualitätspolitik	22
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	22
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	27
E-2	Qualitätsbewertung	27
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	29
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	62
G	Weitergehende Informationen	64

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Aachener Straße 445-449
PLZ und Ort: 50933 Köln
E-Mail-Adresse: sekretariat-gf@dfk-koeln.de
Internetadresse: www.dreifaltigkeits-krankenhaus.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260530341

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: Dreifaltigkeits-Krankenhaus Köln-Braunsfeld GmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: (Nein)

A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 93

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 2830

Ambulante Patienten: 11000

A- 1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
2300	Orthopädie	93	2.830	HA	Ja

A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I20	Eingriffe am Fuß	407
2	I68	Konservative Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule	368
3	I16	Andere Eingriffe an der Schulter	291
4	I18	Eingriffe am Knie	287
5	I03	Hüftgelenkersatz oder -wechsel, Eingriffe am Hüftgelenk	284
6	I04	Kniegelenkersatz oder Wechsel/Revision eines Kniegelenkersatzes	215
7	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	162
8	I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	143
9	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	137
10	I13	Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	124
11	I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	75
12	I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe	55
13	I23	Entfernung von Platten, Schrauben usw. nach Operationen ausser am Hüftgelenk und Oberschenkel	43
14	I05	Anderer großer Gelenkersatz	36
15	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	29
16	I69	Konservative Behandlung von Knochenkrankheiten und Gelenkrankheiten	21
17	I31	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	21
18	I12	Knochen- und Gelenkinfektion mit verschiedenen Eingriffen am Bewegungsapparat	17
19	I72	Konservative Behandlung von Entzündung von Sehnen, Muskeln, Schleimbeuteln	16
20	B06	Eingriffe bei Lähmungen, Muskeldystrophie oder Neuropathien	13
21	I32	Komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand	9
22	I73	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bewegungsapparates	9
23	I71	Konservative Behandlung von Muskel- und Sehnerkrankungen	7
24	I21	Entfernung von Platten, Schrauben usw. nach Operationen am Hüftgelenk und Oberschenkel	7
25	I01	Beidseitige oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der Beine	6
26	I62	Konservative Behandlung von Brüchen an Becken und Schenkelhals	6
27	I77	Konservative Behandlung von mäßig schweren Verletzungen an Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	6
28	I75	Konservative Behandlung von schweren Verletzungen an Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	4
29	I63	Konservative Behandlung von Verstauchungen, Zerrungen und Ausrenkungen an Hüftgelenk, Becken, Oberschenkel	4
30	I76	Konservative Behandlung von anderen Erkrankungen des Bindegewebes	3

A-1.8 *Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote*

Operative und konservative Behandlung von Verletzungen, Erkrankungen und krankhaften Veränderungen am gesamten Bewegungsapparat, insbesondere Knie-, Hüft-, Schultergelenke, Hand und Fuß, Wirbelsäule.

Ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlung

A-1.9 *Ambulante Behandlungsmöglichkeiten*

Sämtliche ambulanten Operationen am Bewegungsapparat, insbesondere Gelenkspiegelungen an Knie und Schulter, Vorfußoperationen.

Konsiliarsprechstunden für Hand, Fuß, Knie, Schulter, Wirbelsäule, Endoprothesen.

Ambulante Rehabilitation.

A-2.0 *Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?*

Ja, Abteilung Orthopädie/Unfallchirurgie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie		X		
Magnetresonanztomographie (MRT)		X		
Herzkatheterlabor		X		
Szintigraphie		X		
Positronenemissionstomographie (PET)		X		
Elektroenzephalogramm (EEG)		X		
Angiographie		X		
Schlaflabor				

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	X	
Dialyse		X
Logopädie		X
Ergotherapie	X	
Schmerztherapie	X	
Eigenblutspende	X	
Gruppenpsychotherapie	X	
Einzelpsychotherapie	X	
Psychoedukation		X
Thrombolyse		X
Bestrahlung		X

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Orthopädie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Alle Verletzungen, Erkrankungen und krankhafte Veränderungen des Bewegungsapparates.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Endoprothesen aller großen Gelenke, endoskopische Operationen großer Gelenke, Korrektur von Fußfehlstellungen, operative und konservative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen, operative und konservative Behandlung von Knochenbrüchen, Sehnen-, Bänderrissen und Gelenkluxationen.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Schmerztherapie, Präventionsmaßnahmen und Kurse.

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I20	Eingriffe am Fuß	407
2	I68	Konservative Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule	368
3	I16	Andere Eingriffe an der Schulter	291
4	I18	Eingriffe am Knie	287
5	I03	Hüftgelenkersatz oder -wechsel, Eingriffe am Hüftgelenk	284
6	I04	Kniegelenkersatz oder Wechsel/Revision eines Kniegelenkersatzes	215
7	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	162
8	I29	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	143
9	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	137
10	I13	Eingriffe an Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	124
11	I10	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	75
12	I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe	55
13	I23	Entfernung von Platten, Schrauben usw. nach Operationen ausser am Hüftgelenk und Oberschenkel	43
14	I05	Anderer großer Gelenkersatz	36
15	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	29
16	I69	Konservative Behandlung von Knochenkrankheiten und Gelenkkrankheiten	21
17	I31	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	21
18	I12	Knochen- und Gelenkinfektion mit verschiedenen Eingriffen am Bewegungsapparat	17
19	I72	Konservative Behandlung von Entzündung von Sehnen, Muskeln, Schleimbeuteln	16
20	B06	Eingriffe bei Lähmungen, Muskeldystrophie oder Neuropathien	13

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	M75	Schulterläsionen	389
2	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	359
3	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	305
4	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	233
5	M51	Bandscheibenschäden	213
6	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	177
7	M19	Sonstige Arthrose	119
8	S83	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes	102
9	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	93
10	M48	Lumbale Spinal(kanal)stenose, sonstige Spondylopathien	85
11	M54	Rückenschmerzen	64
12	S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	54
13	S86	Verletzung von Muskeln und Sehnen in Höhe des Unterschenkels	47
14	M77	Tennisellenbogen, sonstige Enthesopathien	42
15	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	41
16	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	40
17	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	37
18	M22	Krankheiten der Patella	36
19	S43	Luxation, Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern des Schultergürtels	36
20	M47	Arthrose oder Osteoarthrose der Wirbelsäule, Degeneration der Gelenkflächen	30

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	838
2	5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	497
3	5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	306
4	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	238
5	5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	213
6	5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	193
7	8-914	Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie	170
8	5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	154
9	5-786	Osteosynthese von Knochen	148
10	5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	144
11	8-910	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie	121
12	5-808	Arthrodese	119
13	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	112
14	5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	84
15	8-917	Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie	69
16	5-854	Rekonstruktion von Sehnen	63
17	5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	63
18	5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	53
19	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	49
20	5-800	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	44

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 411

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	2447	Arthroskopien des Kniegelenks	177
2	2362/3	Materialentfernungen	89
3	2382	Vorfuß-Operationen	34
4	2447	Arthroskopien des Schultergelenks	26
5	2960	Facettendenervation	16

Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden ist, erfolgt die Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) Keine

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) Keine

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) Keine

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2300	Orthopädie	17	9	8

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 2

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegerkräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflege- helfer/-in (1 Jahr)
2300	Orthopädie	64	77	17	6
	Gesamt	64	77	17	6

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet.

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
	JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1		X		X		
2		X		X		
3		X		X		
4		X		X		
5		X		X		
6		X		X		
7		X		X		
8	X		X		100,0	
9	X		X		100,0	
10		X		X		
11	X		X		100,0	
12	X		X		100,0	
13		X		X		
14		X		X		
15		X		X		
16		X		X		
17		X		X		
18	X		X		100,0	
19	X		X		100,0	
20						

**C-2 *Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren
nach § 115 b SGB V***

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 *Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)*

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart:
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

**C-4 *Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management -
Programmen (DMP)***

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10				
	5-503.0		Nein			
	5-503.1		Nein			
	5-503.2		Nein			
	5-503.3		Nein			
	5-503.x		Nein			
	5-503.y		Nein			
	5-504.0		Nein			
	5-504.1		Nein			
	5-504.2		Nein			
	5-504.x		Nein			
	5-504.y		Nein			
	5-502.0		Nein			
	5-502.1		Nein			
	5-502.2		Nein			
	5-502.3		Nein			
	5-502.5		Nein			
	5-502.x		Nein			
	5-502.y	Nein				
Nierentransplantation		20				
	5-555.0		Nein			
	5-555.1		Nein			
	5-555.2		Nein			
	5-555.3		Nein			
	5-555.4		Nein			
	5-555.5		Nein			
	5-555.x		Nein			
	5-555.y		Nein			

Leistung	OPS der einbezo- genen Leistungen	Mindest- menge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Kranken- haus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplika- tion im Berichts- jahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Ösophagus		5/5				
	5-420.00		Nein			
	5-420.01		Nein			
	5-420.10		Nein			
	5-420.11		Nein			
	5-423.0		Nein			
	5-423.1		Nein			
	5-423.2		Nein			
	5-423.3		Nein			
	5-423.x		Nein			
	5-423.y		Nein			
	5-424.0		Nein			
	5-424.1		Nein			
	5-424.2		Nein			
	5-424.x		Nein			
	5-424.y		Nein			
	5-425.0		Nein			
	5-425.1		Nein			
	5-425.2		Nein			
	5-425.x		Nein			
	5-425.y		Nein			
	5-426.0**		Nein			
	5-426.1**		Nein			
	5-426.2**		Nein			
	5-426.x**		Nein			
	5-426.y		Nein			
	5-427.0**		Nein			
	5-427.1**		Nein			
	5-427.2**		Nein			
	5-427.x**		Nein			
	5-427.y		Nein			
	5-429.2		Nein			
	5-438.0**		Nein			
	5-438.1**		Nein			
	5-438.x**		Nein			

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0		Nein			
	5-521.1		Nein			
	5-521.2		Nein			
	5-523.2		Nein			
	5-523.x		Nein			
	5-524		Nein			
	5-524.0		Nein			
	5-524.1		Nein			
	5-524.2		Nein			
	5-524.3		Nein			
	5-524.x		Nein			
	5-525.0		Nein			
	5-525.1		Nein			
	5-525.2		Nein			
	5-525.3		Nein			
	5-525.4		Nein			
5-525.x	Nein					
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]				
5-411.00			Nein			
5-411.01			Nein			
5-411.20			Nein			
5-411.21			Nein			
5-411.30			Nein			
5-411.31			Nein			
5-411.40			Nein			
5-411.41			Nein			
5-411.50			Nein			
5-411.51			Nein			
5-411.x			Nein			
5-411.y			Nein			
8-805.00			Nein			
8-805.01			Nein			
8-805.20			Nein			
8-805.21			Nein			
8-805.30			Nein			
8-805.31			Nein			
8-805.40			Nein			
8-805.41			Nein			
8-805.50			Nein			
8-805.51			Nein			
8-805.x			Nein			
8-805.y			Nein			

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Präambel:

- Unser Leitbild ist ehrlich formuliert und lebbar. Es bildet die verbindliche Grundlage unserer Zusammenarbeit auf der Basis christlicher und sozialer Grundwerte. Ziel ist die aktive Auseinandersetzung und die Motivation zur konstruktiven Zusammenarbeit. Der täglichen Arbeit dient es als Richtlinie, und bedarf der kontinuierlichen Überprüfung und Weiterentwicklung.
- Unser Haus ist auf Orthopädie und Sporttraumatologie spezialisiert und bietet zudem auch physiotherapeutische und Rehabilitationsleistungen an.
- Im Rahmen der IGV sind wir ein "Knotenpunkt" im Netzwerk der Gesundheitsdienste. Außerdem arbeiten wir mit allen vor- und nachsorgenden Institutionen und Kooperationspartnern, z.B. der Sporthochschule Köln und dem Olympiastützpunkt Köln- Bonn-Leverkusen e.V. zusammen.
- Durch Innovationen setzten wir Maßstäbe wie z.B. in der Integrierten Versorgung (IGV), und präsentieren uns so als qualitativ hochwertiges Krankenhaus.
- Wir sind der Gesundheit der Menschen sowie dem Schutz des Lebens und der Umwelt verpflichtet. Natürliche Energien nutzen wir sparsam und setzen alle Ressourcen effizient und bewusst ein.
- Für professionelle und qualifizierte Informationen steht unser Mitarbeiterteam jederzeit gerne zur Verfügung.
- Während des Aufenthaltes bieten wir unseren Patienten eine öffentlich zugängliche Bücherei, eine offene Kapelle und zahlreiche Wahlleistungen an.
- Durch seine Übersichtlichkeit bietet unser Haus eine persönliche und familiäre Atmosphäre.
- Wir freuen uns, wenn sie sich in unseren Aussagen wieder finden und uns zu einem weiteren anregenden Werte-Austausch motivieren.

Gemeinsame Wege in die Zukunft:

- Professionalität und Menschlichkeit sind für uns von gleich hoher Bedeutung.
- Unsere Zukunftsorientierung äußert sich folgendermaßen:
 - Wir erkennen Chancen und nutzen sie gemeinsam
 - Wir sind motiviert, Veränderungen voran zu treiben
 - Wir nutzen die kurzen Entscheidungswege für ein flexibles Unternehmensverhalten
 - Die Mitarbeiter haben die Möglichkeit, durch Fort- und Weiterbildung neue Aufgabengebiete zu übernehmen

- Die Basis einer gemeinsamen Zukunft ist Verlässlichkeit. Daher sind Vereinbarungen einzuhalten, Abweichungen abzusprechen und zu begründen.
- Die Berücksichtigung und das Verständnis für die Wünsche aller Bezugsgruppen und Kulturen sind für uns selbstverständlich.

Qualität für mehr Beweglichkeit:

- Zukünftige Herausforderungen fordern und fördern die Qualität unserer Gesundheitsleistungen.
- Wir verbessern kontinuierlich die Qualität unserer Leistungen und unseres Angebotes
- Auf der Basis neuer Erkenntnisse und Verfahren überprüfen wir laufend die Effizienz bestehender und neuer Prozesse, Strukturen und Traditionen.
- Jeder Mitarbeiter ist mit seinem Engagement, seinen Qualifikationen, seiner Loyalität und Veränderungsbereitschaft ein wichtiger Grundstein für die patientenorientierte Arbeit
- Unsere Mitarbeiter verfügen über fachliche als auch soziale Kompetenzen und können daher eine möglichst allumfassende Unterstützung bieten. Sie nehmen die Patienten mit ihren Ängsten und Sorgen ernst, und tragen durch einen freundlichen Service zu ihrem Wohlbefinden bei.
- Menschlichkeit und Individualität stehen bei uns für die beste medizinische Versorgung.

Information und Kommunikation:

- Wir pflegen einen aktiven internen und externen Dialog (unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben). Durch kontinuierliche Kommunikation erhält jeder die für ihn wichtigen Informationen.
- Die Betriebsleitung informiert die Mitarbeiter zeitnah, gezielt und verständlich über Entwicklungen und Entscheidungen.
- Offenheit und gegenseitiges Zuhören erzeugen Transparenz über interne Abläufe.
- Positive Rückmeldungen gewährleisten Erfolgserlebnisse.

Miteinander:

- Unsere Zusammenarbeit zeichnet sich aus durch Vertrauen, Achtung und gegenseitigen Respekt vor dem fachlichen Wissen des Anderen, sowie durch Zuverlässigkeit Offenheit und Dialogbereitschaft.
- Die Führungskräfte motivieren die Mitarbeiter zu bestmöglichen Leistungen und sind offen für konstruktive Ideen. Das zeigt sich am Beispiel des Vorschlagwesens, als Bestandteil der "Mitarbeiterpflege".
- Als Mitarbeiter gehen wir unabhängig von Stellung und Berufsgruppenzugehörigkeit offen, rücksichtsvoll, ehrlich und mit gegenseitiger Wertschätzung miteinander um und unterstützen uns gegenseitig. Diese Teamqualitäten sind für uns unentbehrlich.

- Fairness im Umgang miteinander fördert das Wir-Gefühl und stärkt die Zusammenarbeit.
- Durch Transparenz und vorbildliches Verhalten fördert jeder ein gesundes Arbeitsklima, Optimismus und Zuversicht. Das zeigt sich in einem freundlichen und humorvollen Umgang.
- Das aktive Miteinander wird z.B. durch mitarbeiterbezogene Feste und Feiern gestärkt.

Motivation und Engagement:

- Fort- und Weiterbildungen haben für unsere Mitarbeiter eine vielseitige Bedeutung:
- Sie fördern ihre fachlichen und sozialen Kompetenzen
- Sie sichern langfristig die Qualität ihrer Leistungen
- Sie ermöglichen ihre individuelle Entfaltung und berufliche Weiterentwicklung
- Sie fördern ihre Motivation
- Die Mitarbeiterpflege fördert die Motivation und Eigenverantwortung aller und führt zu mehr Engagement und Passion für den Beruf.
- Motivation und Zufriedenheit sind unverzichtbare Voraussetzungen für die Identifikation der Mitarbeiter mit ihrem Unternehmen.
- Das DFK wird durch individuelle Charaktere mit unterschiedlichen Begabungen vielseitiger und einzigartig.

Tradition und Innovation:

- Seit der Gründung des DFK durch Cherubine Willmann 1909 ist die Integration christlicher Grundwerte in den Arbeitsalltag für uns selbstverständlich.
- Traditionell steht bei uns die Patientenzufriedenheit an oberster Stelle.
- Im gemeinschaftlichen und einheitlichen Auftreten bewahren wir Tradition und fördern Innovation.
- Jeder Mitarbeiter ist ein Innovationsmotor, und trägt zur erfolgreichen Entwicklung des Unternehmens bei.
- So können wir flexibel auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren.

Unternehmensmission:

„In die Zukunft. Durch Qualitätsverbesserung und Innovationen.“

Das Dreifaltigkeits-Krankenhaus hat sich als Fachklinik für qualitativ hochwertige orthopädische und sporttraumatologische Behandlungen und anschließender Rehabilitation etabliert.

Die Versorgung der Patienten wird durch prozessorientierte Abläufe optimiert, so dass sich der Zeitkorridor außerhalb des häuslichen Umfeldes minimiert.

Veränderte Rahmenbedingungen nutzen wir dahingehend, dass die innovative Patientenversorgung stets im Mittelpunkt steht.

Die oberste Maxime ist, dass unsere Leistungen stets den neuesten medizinischen, technischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen.

Unternehmensgrundsätze:

Veränderungen betrachten wir als Chance und rücken die Wünsche unserer Patienten, Mitarbeiter, und Partner ins Zentrum unternehmerischer Entscheidungen.

Menschlichkeit, Fachkompetenz, Engagement und Innovationskraft schaffen und sichern hierbei langfristige Beziehungen.

Zukünftige Herausforderungen fordern und fördern die Qualität unserer Gesundheitsleistungen. Wir möchten an ihnen wachsen, und sie zum Wohle unserer Konsumenten von Gesundheitsleistungen und unseres Unternehmens gestalten.

Wir fordern und fördern die persönliche und fachliche Entwicklung unserer Mitarbeiter. Sie sind der Innovationsmotor unseres Unternehmens und können sich dadurch in ihrer Arbeit verwirklichen.

Durch Offenheit und Transparenz schaffen wir die wichtigsten Voraussetzungen für Vertrauen. Ziel ist die ständige Verbesserung der internen und externen Kommunikation.

Durch eine effiziente Ressourcenplanung aller Leistungserbringer schaffen wir Synergien und optimieren Prozesse.

Wirtschaftliche Erfolge sichern Investitionen in unsere Zukunft.

Aus unserer sozialen Verantwortung heraus sind wir bestrebt, unsere Verpflichtungen gegenüber Kunden, Mitarbeitern, Gesellschaftern, Partnern und der allgemeinen Öffentlichkeit, zu erfüllen.

Unternehmensphilosophie:

Wir haben uns als Fachklinik für qualitativ hochwertige orthopädische und sporttraumatologische Behandlungen und anschließender Rehabilitation etabliert.

Unsere Patienten profitieren von der Optimierung prozessorientierter Abläufe, so dass sich der Zeitkorridor außerhalb des häuslichen Umfeldes minimiert.

Aus unserer sozialen und gesellschaftlichen Verantwortung heraus sind wir bestrebt, unsere Verpflichtungen gegenüber Kunden, Mitarbeitern, Gesellschaftern, Partnern und der allgemeinen Öffentlichkeit, stets zu erfüllen.

Die oberste Maxime ist, dass unsere Leistungen stets den neuesten medizinischen, technischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen, wobei die Patienten stets im Mittelpunkt stehen.

Veränderungen betrachten wir als Chance, durch Menschlichkeit, Fachkompetenz und Engagement die Qualität unserer Gesundheitsleistungen zu verbessern.

Wir nutzen unsere kurzen Entscheidungswege für ein flexibles Unternehmensverhalten.

Wir vereinen Patienten- und Mitarbeiterorientierung. Die fachlichen und sozialen Kompetenzen unserer Mitarbeiter sind der Schlüssel zur optimalen Versorgung unserer Patienten.

Professionalität und Menschlichkeit sind für uns von gleich hoher Bedeutung. Vorbildliches, rücksichtvolles und ehrliches Verhalten ist neben gegenseitiger Wertschätzung eine unentbehrliche Teamqualität.

Unsere Zusammenarbeit zeichnet sich unabhängig von Stellung und Berufsgruppenzugehörigkeit durch Vertrauen, Achtung, Loyalität und gegenseitigen Respekt vor dem fachlichen Wissen des Anderen, sowie durch Zuverlässigkeit, Offenheit und Dialogbereitschaft aus.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Qualitätsmanagement wird im DFK als gemeinschaftliche Aufgabe der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen verstanden. Unter Koordination der Abteilungsleitungen wurden in mehreren Projektgruppen für die in unserem Hause behandelten Krankheitsbilder Qualitätsziele definiert und die hierzu erforderlichen Strukturen etabliert. Durch regelmäßige Sitzungen der entsprechenden Projektgruppen werden die Prozesse und Strukturen in Art und Umfang kritisch überprüft.

In den Fachbereichen wurden einzelnen Mitarbeiter geschult und von der Betriebsleitung mit der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement beauftragt.

Für ausgewählte Krankheitsbilder wurden Behandlungspfade entwickelt, deren Umsetzung von den Projektgruppen begleitet wird. Qualitätsziele werden innerhalb dieser Behandlungspfade anhand international etablierter Fragebögen und klinischer Messwerte dokumentiert und in regelmäßigen Sitzungen überprüft.

Externe Fachärzte arbeiten in den entsprechenden Qualitätszirkel mit, um eine neutrale Bewertung der erreichten Qualität sicherzustellen.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Alle Patienten werden im Rahmen ihres Aufenthaltes in unserem Hause zu definierten Qualitätszielen befragt, die Fragebögen werden kontinuierlich ausgewertet. Abweichungen von Qualitätszielen werden regelmäßig bewertet, Änderungen der Prozesse im Hause über dafür geschulte Mitarbeiter umgesetzt.

Komplikationen der Behandlung im Hause werden im Rahmen der klinischen Visiten dokumentiert und in den täglichen Besprechungen diskutiert, prozessuale Risiken sofort bewertet und an die Verantwortlichen in den Fachbereichen gemeldet.

Bei erforderlichen Änderungen der Prozesse werden diese schriftlich definiert, die verantwortlichen Mitarbeiter entsprechend informiert.

Infektionen werden im Krankenhausinformationssystem erfasst und durch die Hygienefachkraft in Kooperation mit dem Hygienebeauftragten ausgewertet. Infektionsrisiken werden durch Begehungen und Analysen der dokumentierten Arbeitsabläufe bewertet. Unter Berücksichtigung dieser Auswertungen werden die Hygienepläne regelmäßig aktualisiert, um einen bestmöglichen Schutz der Patienten vor Infektionen sicherzustellen.

Dekubitusgefahr, Pneumonierisiko und Sturzrisiken werden im Rahmen des hausinternen Risikomanagements durch geschulte Pflegekräfte anhand anerkannter Skalen bewertet, bei definierten Grenzwerten entsprechend gestufte Prophylaxe durchgeführt und überwacht.

Die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätssicherung nach §§135 und 137 SGB V wird anhand des Krankenhausinformationssystems mit elektronischen Dokumentationsbögen durchgeführt. Die Rückmeldungen der externen Auswertungsstelle werden in den Fachabteilungen publiziert und diskutiert. Die Ergebnisse fließen so in die Qualitätsplanung ein.

Diese Prozesse haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Die Lagerung und Desinfektion für Endoprothesen wurde modifiziert, um das Risiko für Hautverletzungen weiter zu senken.
- In der orthopädischen Ambulanz wurde ein zweiter Aufnahmearbeitsplatz eingeführt, um die Wartezeiten bis zur Anmeldung in der Ambulanz zu verkürzen.
- Im ärztlichen Dienst wurde die Funktion eines Aufnahmediensts geschaffen, um Patienten möglichst zeitnah zur Aufnahme zu untersuchen, Einschränkungen der OP-Fähigkeit möglichst früh zu erkennen und entsprechend Konsequenzen mit möglichst großen zeitlichen Abstand zur geplanten Operation zu ziehen. Dies ermöglicht eine deutlich verbesserte OP-Planung einerseits, eine Verkürzung der Wartezeiten für Patienten andererseits.
- Im Funktionsbereich OP wurden zusätzliche Mitarbeiter eingestellt, um das ärztliche Personal zu entlasten. Damit konnten Ressourcen für eine verbesserte Patientenbetreuung auf den Stationen freigesetzt werden.
- Durch Erkenntnisse des Risikomanagements konnte das Sturzrisiko für unsere Patienten weiter vermindert werden. Alle Patienten, bei denen Sturzrisiken vorliegen, werden bereits vor der Operation durch Physiotherapeuten im Umgang mit den nach Operation zu verwendenden Hilfsmitteln (Gehstützen, Vorfußentlastungsschuhe) geschult.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 283
Auswertungsversion: 30. März 2005
Datensatzversion: 17/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 04. April 2005
Nr. 260530341-2263
2004 - L17693-P13068

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation (1)						
Anteil von Patienten mit 5 und mehr Punkten an allen Patienten	245 / 245	100,0%	69,6%	>= 29,9%	70,1%	1.1
Indikation (2)						
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens einem Bewegungseinschränkungskriterium an allen Patienten mit plausiblen Angaben zur präoperativen Beweglichkeit	241 / 244	98,8%	79,1%	>= 41,0%	57,7%	1.4
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten	245 / 245	100,0%	98,0%	>= 95%	5,0%	1.6
OP-Dauer						
OP-Dauer (Median)		71,0 min	83,0 min	<= 124,0 min	53,0 min	1.9
Fremdblutbedarf						
Anteil von Pat. mit > 2 Transfusionseinheiten Fremdblut an allen Patienten	4 / 245	1,6%	4,1%	<= 15,1%	13,5%	1.11
Postoperative Röntgenbilder						
Anteil von Pat. mit postoperativem Röntgenbild a/p und axial an allen Patienten	245 / 245	100,0%	99,4%	= 100%	0,0%	1.13
Postoperative Beweglichkeit						
Anteil von Pat. mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mindestens 0 Grad, Beugung mindestens 70 Grad) von mindestens 0/0/70 an allen Patienten	245 / 245	100,0%	69,3%	>= 0,0%	100,0%	1.15
Gefähigkeit bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	242 / 243	99,6%	99,0%	>= 90%	9,6%	1.18

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	243 / 243	100,0%	97,4%	>= 80%	20,0%	1.21
Gefäßläsion Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten	0 / 245	0,0%	0,1%	<= 1%	1,0%	1.24
Nervenschaden Anteil von Patienten mit Nervenschaden als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten	1 / 245	0,4%	0,5%	<= 3%	2,6%	1.26
Implantatfehlheile, Implantatdislokation oder Implantatbruch Anteil von Patienten mit Implantatfehlheile, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten	0 / 245	0,0%	0,3%	nicht definiert		1.28
Fraktur Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten	2 / 245	0,8%	1,0%	<= 3,8%	3,0%	1.30
Endoprothesenluxation Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten	3 / 245	1,2%	0,8%	<= 3,6%	2,3%	1.32
Postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten	0 / 245	0,0%	0,9%	<= 3,3%	3,3%	1.34
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten	0 / 144	0,0%	0,6%	<= 2,4%	2,4%	1.37

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Wundhämatome/Nachblutungen						
Anteil von Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten	1 / 245	0,4%	2,2%	<= 8,0%	7,5%	1.41
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten	8 / 245	3,3%	4,2%	<= 13,3%	10,1%	1.44
Reinterventionen wegen Komplikation						
Anteil von Pat. mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten	1 / 245	0,4%	2,3%	<= 8,3%	7,9%	1.46
Letalität						
Anteil verstorbener Pat. an allen Patienten	0 / 245	0,0%	0,2%	Sentinel Event		1.48

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Basisauswertung

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 283
Datensatzversion: 17/2 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 04. April 2005
Nr. 260530341-2263
2004 - L17693-P13068

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Basisdaten

	Krankenhaus 2004	Gesamt 2004	Krankenhaus 2003
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Anzahl Patienten	245	29.262	190

Patienten

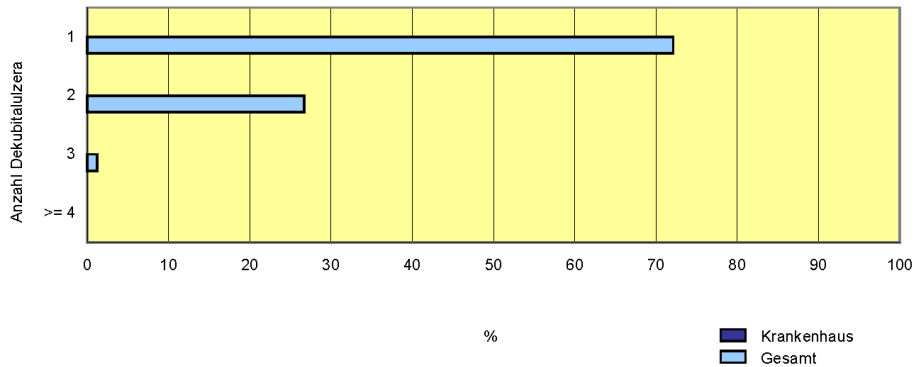
	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Krankenhaus 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)						
gültige Altersangabe	245	100,0	29.261	100,0	190	100,0
< 20	0	0,0	19	0,1	0	0,0
20 - 39	9	3,7	387	1,3	4	2,1
40 - 59	64	26,1	4.899	16,7	40	21,1
60 - 69	76	31,0	9.464	32,3	58	30,5
70 - 79	69	28,2	10.872	37,2	63	33,2
80 - 89	25	10,2	3.455	11,8	25	13,2
>= 90	2	0,8	165	0,6	0	0,0
Alter (Jahre)						
Median	245	67,0	29.261	69,0	190	68,0
Mittelwert		64,8		68,2		67,0
Geschlecht						
männlich	88	35,9	10.643	36,4	63	33,2
weiblich	157	64,1	18.619	63,6	127	66,8
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	22	9,0	3.400	11,6	20	10,5
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	151	61,6	17.512	59,8	100	52,6
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	71	29,0	8.070	27,6	69	36,3
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	1	0,4	264	0,9	1	0,5
5: moribunder Patient	0	0,0	16	0,1	0	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Krankenhaus 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme						
ja	0	0,0	86	0,3	0	0,0
nein	245	100,0	29.176	99,7	0	0,0
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme* (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	0 / 0		111 / 86	1,29		
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:	0		20	23,3	0	
Grad 2:	0		53	61,6	0	
Grad 3:	0		11	12,8	0	
Grad 4:	0		2	2,3	0	

* Hier werden keine Vorjahresergebnisse angegeben, da die Information über die Anzahl im Datensatz 6.0 fehlt.

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme

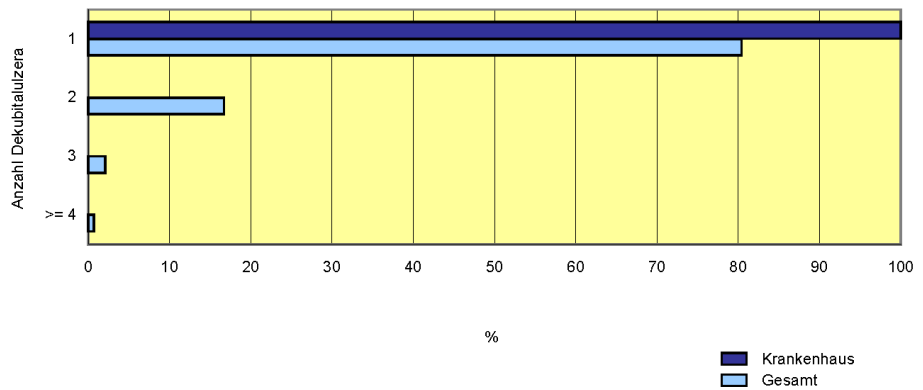


Entlassung

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Krankenhaus 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung						
ja	1	0,4	281	1,0	0	0,0
nein	244	99,6	28.981	99,0	0	0,0
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung* (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	1 / 1	1,00	347 / 281	1,24		
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus						
Grad 1:	1	100,0	88	31,3	0	
Grad 2:	0	0,0	162	57,7	0	
Grad 3:	0	0,0	28	10,0	0	
Grad 4:	0	0,0	3	1,1	0	

* Hier werden keine Vorjahresergebnisse angegeben, da die Information über die Anzahl im Datensatz 6.0 fehlt.

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Krankenhaus 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	86	0,3		
davon: Patienten mit						
höherer Anzahl	0 / 0		2 / 86	2,3		
unveränderter Anzahl	0 / 0		50 / 86	58,1		
reduzierter Anzahl	0 / 0		34 / 86	39,5		
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)	0 / 0		-40 / 111	-0,36		

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Krankenhaus 2003*	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	86	0,3		
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera	1 / 245		276 / 29.176			
Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)		4,08		9,46		
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera						
keine neu entwickelten Dekubitalulzera	244 / 245	99,6	28.949 / 29.176	99,2		
1	1 / 245	0,4	187 / 29.176	0,6		
2	0 / 245	0,0	34 / 29.176	0,1		
3	0 / 245	0,0	4 / 29.176	0,0		
4 oder mehr	0 / 245	0,0	2 / 29.176	0,0		
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus	1 / 245	0,4	227 / 29.176	0,8		
davon:						
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient	1 / 1	1,00	276 / 227	1,22		

* Hier werden keine Vorjahresergebnisse angegeben, da die Information über die Anzahl im Datensatz 6.0 fehlt.

Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	33	0,1
davon: Patienten mit				
höherer Anzahl	0 / 0		3 / 33	9,1
unveränderter Anzahl	0 / 0		21 / 33	63,6
reduzierter Anzahl	0 / 0		9 / 33	27,3
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)	0 / 0		-11 / 43	-0,26

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	33	0,1
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera	0 / 199		160 / 22.690	
Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)		0		7,05
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera				
keine neu entwickelten Dekubitalulzera	199 / 199	100,0	22.555 / 22.690	99,4
1	0 / 199	0,0	114 / 22.690	0,5
2	0 / 199	0,0	17 / 22.690	0,1
3	0 / 199	0,0	4 / 22.690	0,0
4 oder mehr	0 / 199	0,0	0 / 22.690	0,0
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus	0 / 199	0,0	135 / 22.690	0,6
davon:				
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient	0 / 0		160 / 135	1,19

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Qualitätsindikatoren

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 239
Auswertungsversion: 01. April 2005
Datensatzversion: 17/3 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 05. April 2005
Nr. 260530341-2395
2004 - L17768-P13094

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation						
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten	45 / 47	95,7%	89,2%	>= 70,0%	25,7%	1.1
Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht						
Anteil von Patienten mit Gelenkpunktion an allen Patienten mit Entzündungszeichen	1 / 1	100,0%	50,5%	>= 0,0%	100,0%	1.3
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten	47 / 47	100,0%	98,1%	>= 95%	5,0%	1.5
Postoperative Röntgenbilder						
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild a/p an allen Patienten	47 / 47	100,0%	99,7%	= 100%	0,0%	1.8
Gehfähigkeit bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	44 / 45	97,8%	95,2%	nicht definiert		1.10
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	44 / 45	97,8%	92,0%	nicht definiert		1.13
Gefäßläsion						
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten	0 / 47	0,0%	0,2%	nicht definiert		1.15

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Nervenschaden Anteil von Pat. mit Nervenschaden als intra- oder postoperative chirurgische Komplikation an allen Patienten	0 / 47	0,0%	1,1%	nicht definiert		1.17
Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch Anteil von Patienten mit Implantatfehlage, Implantatdislokation oder Implantatbruch an allen Patienten	0 / 47	0,0%	0,8%	nicht definiert		1.19
Fraktur Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbedürftige intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten	1 / 47	2,1%	1,6%	<= 7,5%	5,3%	1.21
Endoprothesenluxation Anteil von Patienten mit Endoprothesenluxation an allen Patienten	4 / 47	8,5%	2,6%	<= 11,4%	2,9%	1.23
Postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten	1 / 47	2,1%	2,6%	nicht definiert		1.25
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion Anteil von Patienten mit Wundinfektionen der Risikoklasse 0 an allen Patienten	0 / 18	0,0%	1,2%	<= 9,1%	9,1%	1.29
Wundhämatome/Nachblutungen Anteil von Pat. mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten	0 / 47	0,0%	4,0%	<= 15,0%	15,0%	1.32
Allgemeine postoperative Komplikationen Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten	0 / 47	0,0%	8,9%	<= 26,1%	26,1%	1.35
Reinterventionen wegen Komplikation Anteil von Pat. mit erforderlicher Reintervention an allen Patienten	2 / 47	4,3%	5,4%	<= 19,0%	14,8%	1.37
Letalität Anteil verstorbener Patienten von allen Patienten	0 / 47	0,0%	1,3%	Sentinel Event		1.39

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Basisauswertung

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunsfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 239
Datensatzversion: 17/3 2004 7.0
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 05. April 2005
Nr. 260530341-2395
2004 - L17768-P13094

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten	47		3.930	

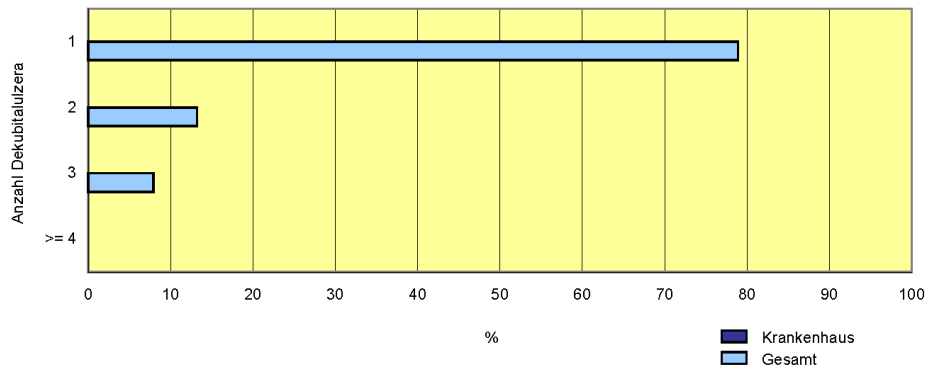
Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe	47	100,0	3.930	100,0
< 20	0	0,0	0	0,0
20 - 39	0	0,0	39	1,0
40 - 59	6	12,8	408	10,4
60 - 69	13	27,7	1.027	26,1
70 - 79	18	38,3	1.563	39,8
80 - 89	10	21,3	808	20,6
>= 90	0	0,0	85	2,2
Alter (Jahre)				
Median	47	71,0	3.930	73,0
Mittelwert		70,7		71,6
Geschlecht				
männlich	20	42,6	1.452	36,9
weiblich	27	57,4	2.478	63,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	0	0,0	227	5,8
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	24	51,1	1.928	49,1
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	23	48,9	1.671	42,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0,0	99	2,5
5: moribunder Patient	0	0,0	5	0,1

Aufnahme

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja	0	0,0	38	1,0
nein	47	100,0	3.892	99,0
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	0 / 0		49 / 38	1,29
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:	0		6	15,8
Grad 2:	0		25	65,8
Grad 3:	0		7	18,4
Grad 4:	0		0	0,0

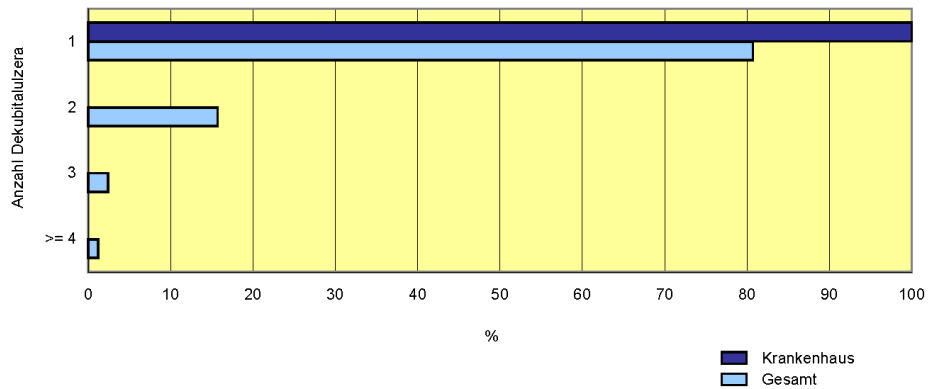
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalzera bei Entlassung				
ja	1	2,1	83	2,1
nein	46	97,9	3.847	97,9
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	1 / 1	1,00	104 / 83	1,25
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:	0	0,0	27	32,5
Grad 2:	0	0,0	41	49,4
Grad 3:	1	100,0	14	16,9
Grad 4:	0	0,0	1	1,2

Verteilung der Anzahl der Dekubitalzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	38	1,0
davon: Patienten mit				
höherer Anzahl	0 / 0		2 / 38	5,3
unveränderter Anzahl	0 / 0		20 / 38	52,6
reduzierter Anzahl	0 / 0		16 / 38	42,1
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)	0 / 0		-17 / 49	-0,35

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	38	1,0
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera	1 / 47		72 / 3.892	
Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)		21,28		18,5
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera				
keine neu entwickelten Dekubitalulzera	46 / 47	97,9	3.833 / 3.892	98,5
1	1 / 47	2,1	48 / 3.892	1,2
2	0 / 47	0,0	9 / 3.892	0,2
3	0 / 47	0,0	2 / 3.892	0,1
4 oder mehr	0 / 47	0,0	0 / 3.892	0,0
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus	1 / 47	2,1	59 / 3.892	1,5
davon:				
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient	1 / 1	1,00	72 / 59	1,22

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Knie-Totalendoprothesen-
Erstimplantation

Qualitätsindikatoren

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 230
Auswertungsversion: 01. April 2005
Datensatzversion: 17/5 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 07. April 2005
Nr. 260530341-2396
2004 - L17882-P13098

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation						
Anteil von Patienten mit einem der genannten Schmerzriterien und röntgenologischem Kriterium mit 4 - 8 Punkten an allen Patienten	199 / 199	100,0%	81,7%	>= 45,5%	54,5%	1.1
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten	199 / 199	100,0%	97,7%	>= 95%	5,0%	1.4
OP-Dauer						
OP-Dauer (Median)		85,0 min	90,0 min	<= 135,0 min	50,0 min	1.7
Fremdblutbedarf						
Anteil von Patienten mit > 2 Transfusions-einheiten Fremdblut an allen Patienten	0 / 199	0,0%	1,9%	<= 7,5%	7,5%	1.9
Postoperative Röntgenbilder						
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten	199 / 199	100,0%	98,7%	= 100%	0,0%	1.11
Postoperative Beweglichkeit						
Anteil von Patienten mit postoperativer Beweglichkeit (Streckung mind. 0 Grad, Beugung mind. 90 Grad) von mind. 0/0/90 an allen Patienten	26 / 199	13,1%	67,3%	>= 5,9%	7,2%	1.13
Gehfähigkeit bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbständiges Gehen (mit Gehhilfen) möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	198 / 198	100,0%	99,2%	>= 85%	15,0%	1.16
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist an allen Patienten mit den Entlassungsgründen: Behandlung regulär beendet, Behandlung beendet u. nachstationäre Behandlung vorgesehen, Verlegung in ein anderes Krankenhaus, Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	198 / 198	100,0%	98,3%	>= 80%	20,0%	1.19

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Gefäßläsion						
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion an allen Patienten	0 / 199	0,0%	0,1%	<= 1%	1,0%	1.22
Nervenschaden						
Anteil von Patienten mit Nervenschaden an allen Patienten	0 / 199	0,0%	0,2%	<= 1%	1,0%	1.24
Fraktur						
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbed. intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten	1 / 199	0,5%	0,3%	<= 2%	1,5%	1.26
Postoperative Wundinfektion						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten	0 / 199	0,0%	0,7%	<= 2%	2,0%	1.28
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0 mit Voroperation im Kniegelenk	0 / 107	0,0%	0,4%	<= 1%	1,0%	1.31
Wundhämatome/Nachblutungen						
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten	1 / 199	0,5%	2,4%	<= 10,3%	9,8%	1.35
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten	4 / 199	2,0%	5,1%	<= 14,3%	12,3%	1.38
Reinterventionen wegen Komplikationen						
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten	0 / 199	0,0%	1,4%	<= 8,0%	8,0%	1.41
Letalität						
Anteil verstorbenen Patienten von allen Patienten	0 / 199	0,0%	0,1%	Sentinel Event		1.43

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-
Erstimplantation

Basisauswertung

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunsfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 230
Auswertungsversion: 01. April 2005
Datensatzversion: 17/5 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 07. April 2005
Nr. 260530341-2396
2004 - L17882-P13098

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten	199		22.723	

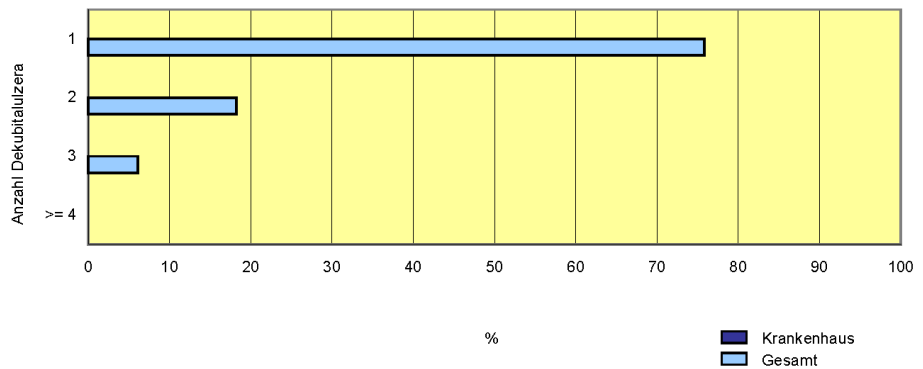
Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe	199	100,0	22.719	100,0
< 20	0	0,0	2	0,0
20 - 39	0	0,0	61	0,3
40 - 59	24	12,1	2.361	10,4
60 - 69	73	36,7	7.203	31,7
70 - 79	79	39,7	10.371	45,6
80 - 89	22	11,1	2.671	11,8
>= 90	1	0,5	50	0,2
Alter (Jahre)				
Median	199	70,0	22.719	71,0
Mittelwert		69,6		70,2
Geschlecht				
männlich	66	33,2	6.707	29,5
weiblich	133	66,8	16.016	70,5
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	2	1,0	1.736	7,6
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	117	58,8	13.909	61,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	80	40,2	6.936	30,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0,0	138	0,6
5: moribunder Patient	0	0,0	4	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja	0	0,0	33	0,1
nein	199	100,0	22.690	99,9
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	0 / 0		43 / 33	1,30
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:	0		12	36,4
Grad 2:	0		17	51,5
Grad 3:	0		4	12,1
Grad 4:	0		0	0,0

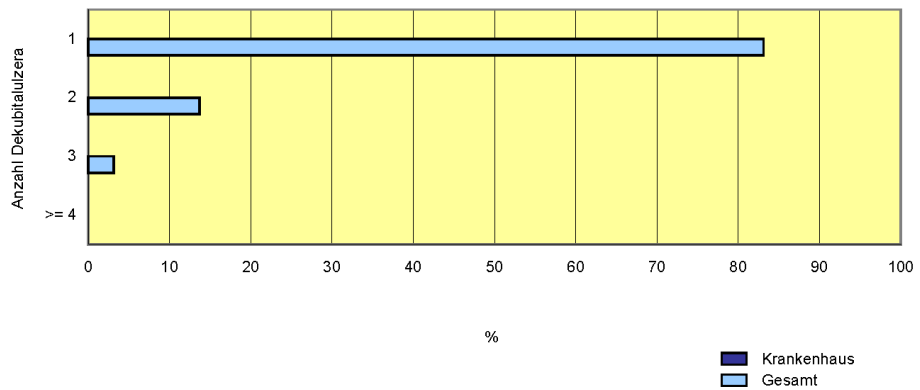
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung				
ja	0	0,0	160	0,7
nein	199	100,0	22.563	99,3
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	0 / 0		192 / 160	1,20
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:	0		43	26,9
Grad 2:	0		100	62,5
Grad 3:	0		17	10,6
Grad 4:	0		0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Knie-Totalendoprothesen-
Wechsel

Qualitätsindikatoren

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 169
Auswertungsversion: 01. April 2005
Datensatzversion: 17/7 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 05. April 2005
Nr. 260530341-2397
2004 - L17778-P13102

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Indikation						
Anteil von Patienten mit mindestens einem Schmerz Kriterium und mindestens einem röntgenologischen oder Entzündungskriterium an allen Patienten	15 / 18	83,3%	88,6%	>= 69,2%	14,1%	1.1
Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht						
Anteil von Patienten mit Gelenkpunktion bei Entzündungszeichen an allen Patienten mit Entzündungszeichen (BSG, CRP, Leukozytose)	1 / 1	100,0%	72,5%	= 100,0%	0,0%	1.4
Perioperative Antibiotikaprophylaxe						
Anteil von Patienten mit perioperativer Antibiotikaprophylaxe an allen Patienten	18 / 18	100,0%	98,4%	>= 95%	5,0%	1.6
Postoperative Röntgenbilder						
Anteil von Patienten mit postoperativem Röntgenbild in 2 Ebenen an allen Patienten	18 / 18	100,0%	98,9%	= 100%	0,0%	1.9
Gehfähigkeit bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung selbst. Gehen (mit Gehhilfe) möglich ist	18 / 18	100,0%	97,8%	>= 85%	15,0%	1.11
Selbständige Versorgung in der Hygiene bei Entlassung						
Anteil von Patienten, bei denen bei Entlassung eine selbständige Versorgung in der täglichen Hygiene möglich ist	18 / 18	100,0%	96,8%	>= 80%	20,0%	1.14
Gefäßläsion						
Anteil von Patienten mit Gefäßläsion an allen Patienten	0 / 18	0,0%	0,1%	<= 1%	1,0%	1.17
Nervenschaden						
Anteil von Patienten mit Nervenschaden an allen Patienten	0 / 18	0,0%	0,3%	<= 1%	1,0%	1.19
Fraktur						
Anteil von Patienten mit Fraktur als behandlungsbed. intra- oder postoperative Komplikation an allen Patienten	0 / 18	0,0%	0,8%	<= 4%	4,0%	1.21
Postoperative Wundinfektion						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten	0 / 18	0,0%	1,5%	nicht definiert		1.23

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
Risikoadjustierte postoperative Wundinfektion						
Anteil von Patienten mit Wundinfektionen an allen Patienten der Risikoklasse 0	0 / 4	0,0%	0,8%	<= 3,8%	3,8%	1.26
Wundhämatome/Nachblutungen						
Anteil von Patienten mit Wundhämatom/Nachblutung an allen Patienten	0 / 18	0,0%	4,3%	<= 20,0%	20,0%	1.30
Allgemeine postoperative Komplikationen						
Anteil von Pat. mit mindestens einer der nachfolgend genannten Komplikationen: Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose, Lungenembolie, sonstige Komplikation an allen Patienten	0 / 18	0,0%	4,2%	<= 15,4%	15,4%	1.33
Reinterventionen wegen Komplikationen						
Anteil von Patienten mit Reintervention wegen Komplikation an allen Patienten	0 / 18	0,0%	3,7%	<= 19,0%	19,0%	1.35
Letalität						
Anteil verstorbener Patienten von allen Patienten	0 / 18	0,0%	0,2%	Sentinel Event		1.37

* Abweichung vom Referenzbereich
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Jahresauswertung 2004
Pflege: Dekubitusprophylaxe bei
Knie-Totalendoprothesen-
Wechsel

Basisauswertung

Dreifaltigkeits-KH Köln-Braunfeld
und Nordrhein-Westfalen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen: 169
Auswertungsversion: 01. April 2005
Datensatzversion: 1777 2004 7.0
Mindestanzahl Datensätze: 10
Datenbankstand: 28. Februar 2005
Druckdatum: 05. April 2005
Nr. 260530341-2397
2004 - L17778-P13102

Eine Auswertung der quant gmbh, im Auftrag der Geschäftsstelle QS NRW

Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Patienten	18		1.498	

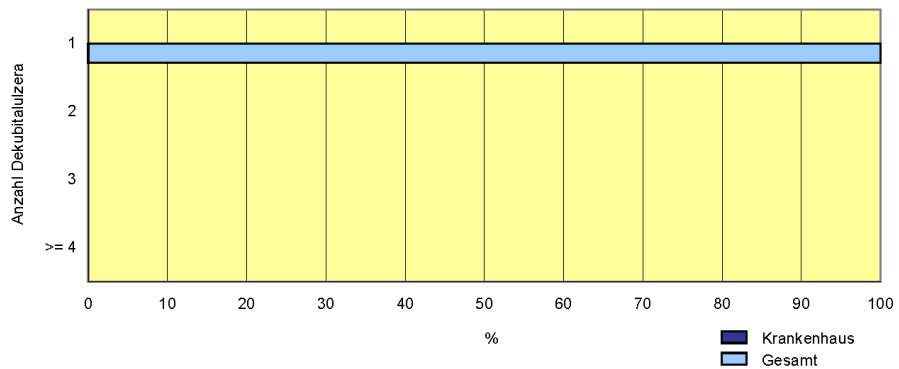
Patienten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (in Jahren)				
gültige Altersangabe	18	100,0	1.497	99,9
< 20	0	0,0	2	0,1
20 - 39	0	0,0	8	0,5
40 - 59	0	0,0	186	12,4
60 - 69	5	27,8	425	28,4
70 - 79	11	61,1	639	42,7
80 - 89	2	11,1	230	15,4
>= 90	0	0,0	7	0,5
Alter (Jahre)				
Median	18	72,5	1.497	71,0
Mittelwert		73,1		70,2
Geschlecht				
männlich	2	11,1	482	32,2
weiblich	16	88,9	1.016	67,8
Einstufung nach ASA-Klassifikation				
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	0	0,0	106	7,1
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	6	33,3	793	52,9
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	12	66,7	576	38,5
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	0	0,0	23	1,5
5: moribunder Patient	0	0,0	0	0,0

Aufnahme

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Aufnahme				
ja	0	0,0	5	0,3
nein	18	100,0	1.493	99,7
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Aufnahme (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	0 / 0		5 / 5	1,00
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:	0		1	20,0
Grad 2:	0		4	80,0
Grad 3:	0		0	0,0
Grad 4:	0		0	0,0

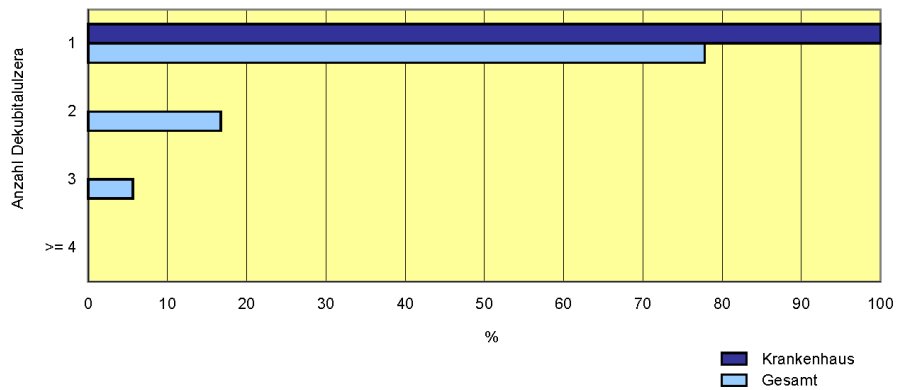
Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme



Entlassung

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit Dekubitalulzera bei Entlassung				
ja	1	5,6	18	1,2
nein	17	94,4	1.480	98,8
Wenn ja: mittlere Anzahl Dekubitalulzera bei Entlassung (Verteilung wird im Diagramm dargestellt)	1 / 1	1,00	23 / 18	1,28
Wenn ja: Gradeinteilung des höchstgradigen Dekubitalulkus				
Grad 1:	0	0,0	4	22,2
Grad 2:	1	100,0	10	55,6
Grad 3:	0	0,0	4	22,2
Grad 4:	0	0,0	0	0,0

Verteilung der Anzahl der Dekubitalulzera bei Patienten mit Dekubitus bei Entlassung



Anzahl der Dekubitalulzera

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	5	0,3
davon: Patienten mit				
höherer Anzahl	0 / 0		0 / 5	0,0
unveränderter Anzahl	0 / 0		2 / 5	40,0
reduzierter Anzahl	0 / 0		3 / 5	60,0
Zu-/Abnahme der Anzahl der Ulzera (Mittelwert)	0 / 0		-3 / 5	-0,60
	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit dokumentiertem Dekubitus bei Aufnahme	0	0,0	5	0,3
Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera Anzahl (pro 1.000 Patienten) (Mittelwert)	1 / 18	55,56	21 / 1.493	14,07
Patienten mit neu entwickelten Dekubitalulzera				
keine neu entwickelten Dekubitalulzera	17 / 18	94,4	1.477 / 1.493	98,9
1	1 / 18	5,6	12 / 1.493	0,8
2	0 / 18	0,0	3 / 1.493	0,2
3	0 / 18	0,0	1 / 1.493	0,1
4 oder mehr	0 / 18	0,0	0 / 1.493	0,0
mindestens ein neuentwickeltes Dekubitalulkus	1 / 18	5,6	16 / 1.493	1,1
davon:				
mittlere Anzahl neu entwickelter Dekubitalulzera pro Patient	1 / 1	1,00	21 / 16	1,31

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Entwicklung klinische Pfade

Endoprothesen/Kreuzbandruptur/Schulterendoskopie/ Rückenschmerz

Ziele des Projekts

Die Behandlung von Patienten mit den genannten Krankheitsbildern bzw. operativen Versorgungsmöglichkeiten sollte optimiert werden. Die Vorbereitung und Nachsorge sollte im zeitlichen Ablauf und in der Intensität der Maßnahmen genau definiert werden, um für Patienten, Behandler und Kostenträger eine größtmögliche Transparenz zu erzielen.

Durchführung

Für die einzelnen Krankheitsbilder wurden Kommissionen benannt, die sich aus für das jeweilige Gebiet besonders qualifizierten Mitarbeitern rekrutierten. In wöchentlichen Sitzungen haben diese Kommissionen Behandlungspfade entwickelt, die den genauen Ablauf der Behandlung und die Kommunikation an den Schnittstellen definiert und nachvollziehbar dokumentiert.

Ergebnisse

Seit Juli 2004 werden die Behandlungspfade Hüft- und Knieendoprothese bei allen zur Aufnahme kommenden Patienten angewandt. Die Behandlungspfade samt allen erforderlichen Unterlagen zur Dokumentation wie Messskalen, Fragebögen usw. wurden im hausinternen Intranet zur Verfügung gestellt und allen Mitarbeitern in Schulungen vorgestellt.

Die Anwendung und Einhaltung der Behandlungspfade wird durch eine Fachkraft kontinuierlich überwacht und an die Krankenhausleitung berichtet.

Die Prozessqualität wurde verbessert, eine externe Evaluation der Ergebnisse wird durch die Rheinische Fachhochschule durchgeführt.

Entwicklung Leitbild

Ziele des Projekts

In Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern sollte im Rahmen der „Corporate Identity“ des Dreifaltigkeits-Krankenhauses ein Leitbild für die Mitarbeiter des DFK erstellt werden.

Durchführung

Eine Projektgruppe aus Mitarbeitern wurde berufen. Durch Fragebögen wurden sämtliche Mitarbeiter nach institutionellen und individuellen Zielen ihrer Tätigkeit im DFK befragt. In Sitzungen der Projektgruppe wurde in Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung und der Mitarbeitervertretung ein Leitbild definiert, das abschließend mit den Mitarbeiter diskutiert und verfeinert wurde.

Ergebnisse

Es konnte ein Leitbild (s. Systemteil D.) für das Dreifaltigkeits-Krankenhaus erarbeitet werden, mit dem sich die Mitarbeiter des DFK identifizieren können.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht

Geschäftsführer:	Klaus Schnettger
Ärztlicher Direktor:	Prof. Dr. med. Joachim Schmidt
Pflegedienstleiter:	Kristof Klitza
Qualitätsbeauftragter:	Dirk Schemmann
Kontakt:	
Anschrift:	Aachener Straße 445-449 50933 Köln
Telefon:	☎ 0221-94071-0
Telefax:	☎ 0221-409552
Ansprechpartner:	
Geschäftsführung:	☎ 0221-94071-223 Sekretariat Fr. Hinrichs
Ärztlicher Direktor:	☎ 0221-94071-290 Sekretariat Fr. Zander
Aufnahmebüro:	☎ 0221-94071-205 Fr. Zink
Terminkoordination:	☎ 0221-94071-219 Fr. Schwarzer
Internet	
Mail:	Sekretariat-gf@dfk-koeln.de
Web:	www.dreifaltigkeits-krankenhaus.de
	www.orthopaedie-spezialisten.de