UNIKLINIK KÖLN

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 2016

Korrigierte Fassung
Berücksichtigung der IQTIG-Korrekturen
zur Bewertung von Qualitätsindikatoren

2016

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Uniklinik Köln und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht 2016. In diesem jährlichen Bericht möchten wir Ihnen wieder einen aktuellen und umfassenden Überblick über das große medizinische Leistungsspektrum und die zahlreichen Kompetenzen unserer Kliniken, Fachzentren und Institute geben.

Über 10.000 Mitarbeiter kümmern sich mit neuesten Behandlungsmethoden und unter Einsatz modernster Technik pro Jahr um mehr als 58.000 stationäre und über 329.000 ambulante Fälle von Patienten mit teils seltenen und schwierigen Krankheitsbildern.

Immer mehr Patienten vertrauen auf unsere Expertise und wählen die Uniklinik Köln, um sich bestmöglich behandeln zu lassen. Ihnen kommt jeden Tag die enge Verbindung von universitärer Forschung und Krankenversorgung verknüpft mit einem menschlichen und freundlichen Umgang zugute.

Das Vertrauen der Patienten ist dabei Verpflichtung und Ansporn zugleich.

Wir müssen und wollen die Qualität unserer Arbeit beständig weiterentwickeln, um unseren gesellschaftlichen Auftrag in Forschung, Lehre und Krankenversorgung auch zukünftig bestmöglich zu erfüllen.

Der Qualitätsbericht zeigt Ihnen die Struktur der gesamten Uniklinik Köln sowie ihrer Kliniken und Institute. Wir berichten unter anderem über die Zahl der behandelten Erkrankungen, die durchgeführten medizinischen Tätigkeiten und unsere Ausstattung sowie unsere vielfältigen Versorgungsmöglichkeiten.

Während für die gesetzliche Pflicht nur noch eine maschinenlesbare Datei gefordert ist, halten wir an der bisherigen Berichterstattung in Form des vorliegenden Werks fest, da so der Inhalt auch in nachvollziehbarer Weise dargestellt werden kann.

Wir scheuen nicht den Vergleich mit anderen Krankenhäusern. Unsere Patienten wissen, dass fachliche Höchstleistungen für ihre Gesundheit bei uns absolute Priorität haben. Wie jedes Jahr unternehmen wir große Anstrengungen unsere Abläufe und unsere Ausstattung weiter zu verbessern, damit wir auch in Zukunft Ihr Vertrauen gewinnen können.

Der Vorstand des Universitätsklinikums Köln im Dezember 2017

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig	Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel	Univ.-Prof. Dr. Dr. Thomas Krieg	Dipl.-Kfm. Günter Zwilling	Betriebswirtin Vera Lux
Ärztlicher Direktor	**Stellvertr. Ärztlicher Direktor**	**Dekan**	**Kaufmännischer Direktor**	**Pflegedirektorin**

Inhaltsverzeichnis

Liebe Leserinnen, liebe Leser, ... 2

Inhaltsverzeichnis ... 3

Hinweis zur Sortierung in Tabellen ... 5

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses ... 6

A-1 Allgemeine Kontaktdaten ... 7

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers ... 7

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ... 8

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie ... 8

Organisationsstruktur des Krankenhauses ... 9

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses ... 10

A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses ... 14

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit ... 16

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses ... 18

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus ... 21

A-10 Gesamtfallzahlen ... 21

A-11 Personal des Krankenhauses ... 22

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung ... 30

A-13 Besondere apparative Ausstattung ... 41

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen ... 43

B-1 Klinik I für Innere Medizin - Onkologie, Hämatologie, Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin ... 44

B-2 Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin ... 56

B-3 Klinik III für Innere Medizin - Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin ... 65

B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie ... 73

B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin ... 82

B-6 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie ... 92

B-7 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie ... 100

B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie ... 113

B-9 Zentrum für Neurochirurgie ... 121

B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie ... 132

B-11 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie ... 141

B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ... 149

B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ... 160

B-14 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie ... 169

B-15 Zentrum für Augenheilkunde - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde ... 179

B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie ... 189

B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie ... 201

B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ... 210

B-19 Klinik und Poliklink für Psychosomatik und Psychotherapie ... 221

B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin ... 229

B-21 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie ... 238

B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie ... 245

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie ... 257

B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin ... 269

B-25 Zentrum für Palliativmedizin ... 277

B-26 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie ... 284

B-27 Transfusionsmedizin ... 291

B-28 Zentrum für Pharmakologie ... 297

B-29 Institut für Klinische Chemie ... 301

B-30 Institut für Pathologie ... 305

B-31 Institut für Neuropathologie ... 308

B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene ... 311

B-33 Institut für Virologie ... 316

B-34 Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ... 322

C Qualitätssicherung ... 326

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ... 327

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V ... 566

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V ... 566

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 566

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 566

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 567

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 568

D Qualitätsmanagement 569

D-1 Qualitätspolitik 570

D-2 Qualitätsziele 571

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 572

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 573

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 577

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 580

Hinweise zur Datengrundlage 582

Impressum 584

Hinweis zur Sortierung in Tabellen

Die Listenpunkte in den Tabellen, z. B. zu Leistungsangeboten, sind nach einer früheren Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) alphabetisch sortiert, nicht nach den Schlüsselnummern in der ersten Spalte.

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

Bei Fallzahlen < 4 (weniger als vier Fälle) darf die Fallzahl laut Beschluss des G-BA wegen Datenschutz nicht angegegeben werden.

Die Reihenfolge der Einträge zur Qualitätssicherung richtet sich nach dem Modulschlüssel (z. B. 09/1 für Herzschrittmacher-Implantation).

Hinweis zur korrigierten Fassung

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hatte einen systematischen Fehler bei seiner Bewertung bestimmter Qualitätsindikatoren der Externen Qualitätssicherung nach SGB V erst nach Fristende bemerkt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Korrektur zugelassen. Nachfolgend wurde diese Korrekturfassung (PDF-Version) erstellt und veröffentlicht.

Der Fehler betraf nicht-auffällige Ergebnisse, bei denen der Zähler 0 ist (Beobachtete Fälle = 0).

Statt der Bewertungskategorie N01 "Bewertung nicht vorgesehen,
Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind" gilt die

- R10 "Ergebnis liegt im Referenzbereich,
  Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich",
  wenn Fälle im Nenner vorhanden sind und ein Referenzbereich definiert ist
- N02 "Bewertung nicht vorgesehen,
  Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert",
  wenn Fälle im Nenner vorhanden sind und kein Referenzbereich definiert ist

Uniklinik Köln, 28.02.2018

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten

Name	**Universitätsklinikum Köln**
Hausadresse	Kerpener Str. 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**
Institutions-kennzeichen (IK)	260530283
Standortnummer	00 (Dies ist der einzige Standort zu diesem Institutionskennzeichen)

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	**Vera Lux**
Position	Pflegedirektorin (Vorstand)
Telefon	0221 / 478 – 4938
E-Mail	**pflegedirektion@uk-koeln.de**

Verwaltungsleitung

Name	**Dipl.-Kfm. Günter Zwilling**
Position	Kaufmännischer Direktor (Vorstand)
Telefon	0221 / 478 – 5401
E-Mail	**kaufmaennischer-direktor@uk-koeln.de**

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

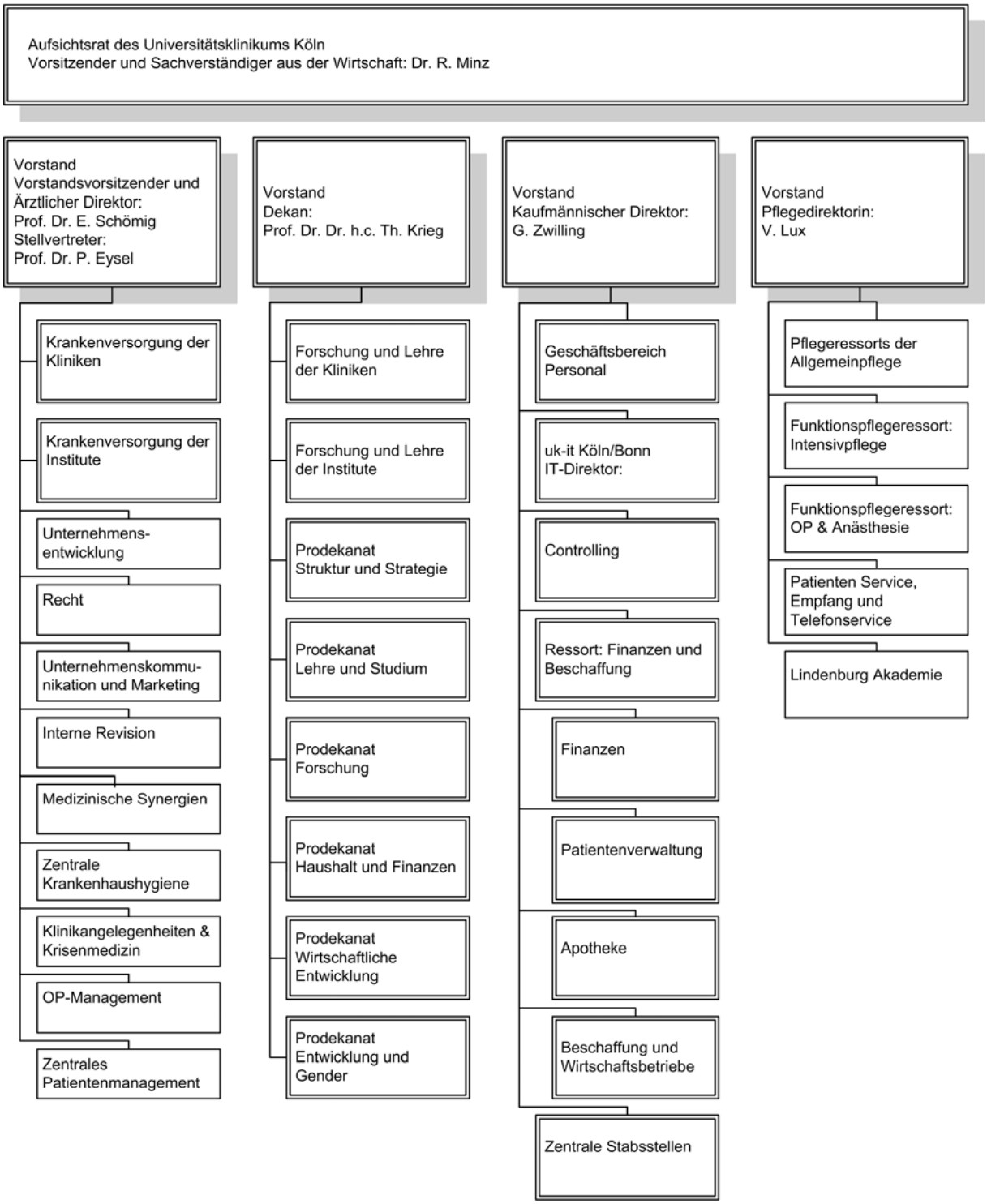
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum der Universität zu Köln

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung sowohl für die Psychiatrie, als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Organisationsstruktur des Krankenhauses



A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP01	Akupressur
MP02	Akupunktur
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP53	Aromapflege/-therapie
MP54	Asthmaschulung
MP04	Atemgymnastik/-therapie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik
MP06	Basale Stimulation
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP57	Biofeedback-Therapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP69	Eigenblutspende
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP18	Fußreflexzonenmassage
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP25	Massage
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP26	Medizinische Fußpflege
MP27	Musiktherapie
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP61	Redressionstherapie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP36	Säuglingspflegekurse
MP37	Schmerztherapie/-management
MP38	Sehschule/Orthoptik
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
	z. B. Girls‘ and Boys‘ Day – Ziel des Aktionstages für Mädchen und Jungen im Alter von 13 bis 16 Jahren ist es, Kinder für neue Berufsfelder zu interessieren, die von traditionell weiblichen oder männlichen Berufsbildern abweichen, um mehr Zukunftschancen zu bieten
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
	Im Patienten-Informations-Zentrum bieten wir für Betroffene verständliche Informationen an, schulen sie im Umgang mit Erkrankungen, helfen bei der Vorbereitung auf Behandlungen und die Zeit danach. Pflegende Angehörige werden in Pflegetechniken angeleitet und lernen Entlastungsmöglichkeiten kennen.
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP43	Stillberatung
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP45	Stomatherapie/-beratung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergo-, Sporttherapie, Logopädie, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen/Reha gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP51	Wundmanagement
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/ Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Patientenzimmer

Nr.	Serviceangebot
NM02	Ein-Bett-Zimmer
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle
NM05	Mutter-Kind-Zimmer
NM10	Zwei-Bett-Zimmer
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle

Ausstattung der Patientenzimmer

Nr.	Serviceangebot
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 0,00 Euro **www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z** Fernsehen ist für alle Patienten ab 01.08.2015 kostenlos, es wird allerdings eine Chipkarte (Pfand 5,00 Euro) benötigt
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 1,50 Euro **www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z** Tagesgebühr "Cockpit": Internet und Telefon mit nationaler Flatrate (ausgenommen gebührenpflichtige Service- und Mobilfunkrufnummern, Verfügbarkeit abhängig vom Ausbau auf der jeweiligen Station, neues Preismodell seit 01.08.2015), Pfand für Chipkarte 5,00 Euro, Mindestaufladung 10,00 Euro
NM17	Rundfunkempfang am Bett
	Kosten pro Tag: 0,00 Euro **www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z** Auf Anfrage kann ein Hörkissen zum Anschluss an das hauseigene Rundfunksystem kostenfrei bereitgestellt werden.
NM18	Telefon am Bett
	Kosten pro Tag: 1,50 Euro Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,00 Euro Kosten pro Minute bei eingehenden Anrufen: 0,00 Euro **www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z** Tagesgebühr "Non-Cockpit": Telefon mit nationaler Flatrate (ausgenommen gebührenpflichtige Service- und Mobilfunkrufnummern, Verfügbarkeit abhängig vom Ausbau auf der jeweiligen Station, neues Preismodell seit 01.08.2015), Pfand für Chipkarte 5,00 Euro, Mindestaufladung 10,00 Euro
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
NM48	Geldautomat
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum

Nr.	Serviceangebot
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen
	Kosten pro Tag: 10,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 2,00 Euro (maximal) **www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z** Parkgebühren: 1. Stunde 2,00 Euro, ab der 2. Stunde 1,00 Euro pro Stunde, maximal 10,00 Euro am Tag. Kurzparker (maximal 30 Minuten) parken kostenfrei.
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad

Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder

Nr.	Serviceangebot
NM50	Kinderbetreuung
NM63	Schule im Krankenhaus
	kinderklinik.uk-koeln.de/klinik/schule-im-krankenhaus Für Patientinnen und Patienten im Schulalter mit voraussichtlich mindestens vierwöchiger Liegezeit sowie chronisch Kranke mit kürzeren, jedoch wiederholten stationären Aufenthalten. Johann-Christoph-Winters-Schule, Lindenburger Allee 38, 59031 Köln, Telefon: 0221-478-6833, **www.jcw-schule.de**
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Serviceangebot
NM68	Abschiedsraum
NM67	Andachtsraum
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)
	Vegetarische und vegane Speisen können als Speisen ohne tierische Zusätze angeboten werden. Jüdische oder muslimische Kost kann nur im Sinne von Kost ohne Schweinefleisch zubereitet werden. **uk-catering.uk-koeln.de** Mit manueller und mobiler Menüwunscherfassung ist die Wahl innerhalb der täglich angebotenen Komponenten und Menüs möglich. Neben den Grundkostformen stehen 19 Sonderkostformen zur Verfügung. Einführung von Wahlleistungskomponenten zu allen Mahlzeiten.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
NM65	Hotelleistungen
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
	www.uk-koeln.de/patienten-besucher/pflege-patienten-service/veranstaltungen Im Patienten-Informations-Zentrum finden regelmäßig Veranstaltungen zu den folgenden Themen statt: Kurse für pflegende Angehörige, Kurse für Angehörige von Demenzerkrankten, Tabakentwöhnungsseminare, Seminare für Menschen mit Krebserkrankungen, Gerinnungsselbstmanagement, Sturzvorbeugung.
NM07	Rooming-in
NM42	Seelsorge
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Aufzug mit Sprachansage / Braille-Beschriftung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
	Nicht nur für Blinde, ehrenamtlicher FSJ-Dienst für Begleitung

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.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	Ehrenamtlicher FSJ-Dienst für Begleitung

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF24	Diätetische Angebote

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF25	Dolmetscherdienst
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
BF30	Mehrsprachige Internetseite
	Englisch, Arabisch, Ruissisch
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL09	Doktorandenbetreuung
	In 2016 promovierten 253 Doktoranden zum Dr. med.; Dr. med. dent. und Dr. rer. medic.
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
	Jährlich werden ca. 400 Medizinstudierende der Universität zu Köln im Praktischen Jahr ausgebildet, von denen in der Chirurgie und Inneren Medizin ca. ein Drittel an der Uniklinik Köln studieren.
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

Forschungsschwerpunkte

Die Universität hat den Bereich „Lebenswissenschaften“ als zentralen Forschungsschwerpunkt eingerichtet. Die Schwerpunktbildung ist Folge einer engen Zusammenarbeit zwischen der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät.

Diese auch im Rahmen des Zentrums für molekulare Medizin (ZMMK) strukturell verankerte, fakultätsübergreifende Kooperation war eine wichtige Voraussetzung für die Ansiedlung der Max-Planck-Institut für Biologie des Alterns bzw. Stoffwechselforschung sowie die Förderung von CECAD (Kölner Exzellenzcluster zur zellulären Stressantwort bei Alters-assoziierten Erkrankungen) im Rahmen der Exzellenzinitiative.

Die drei etablierten Forschungsschwerpunkte der Fakultät „Tumorbiologie, Infektion und Immunität“, „Gewebshomöostase, Stoffwechsel und Degeneration“ und „Neuromodulation“ werden alle durch Gruppenförderinstrument/e (SFB, (klinische) Forschergruppen) der DFG finanziert. Grundlage dieser strukturierten Förderung und der Forschungsschwerpunktbildung durch die Medizinische Fakultät sind international herausragende Publikationen und eine internationale Sichtbarkeit sowie über einzelne Arbeitsgruppen hinausgehende hochkompetitive wissenschaftliche Kooperationen.

Die drei etablierten Forschungsschwerpunkte sollen zukünftig stärker miteinander vernetzt und durch Nachwuchsgruppen weiter gestärkt werden. Zugleich wird die Verbindung mit den außeruniversitären Großforschungseinrichtungen der Max-Planck-Gesellschaft bzw. der Helmholtz-Gemeinschaft (DZNE, Bonn; Forschungszentrum Jülich; DLR Köln) systematisch durch gemeinsame Berufungen und Arbeitsgruppen vorangetrieben. Grundsätzlich soll in allen Forschungsschwerpunkten die patientennahe Forschung (v. a. klinische Studien) mit dem Ziel der Translation weiter ausgebaut werden. Dazu sollen auch die chirurgischen Disziplinen stärker eingebunden werden.

Neben den etablierten Forschungsschwerpunkten gibt es drei im Aufbau befindliche Forschungsbereiche, die sich sukzessive an die etablierten Forschungsbereiche anknüpfen werden:

- Pathomechanismen des alternden Herzens
- Zelluläre Plastizität
- Altersassoziierte entzündliche Erkrankungen des Auges

Der Forschungsbereich „Gesundheitskompetenz in komplexen Umwelten“ wird zukünftig als Querschnittsbereich der gesamten Universität etabliert.

Neben medizinisch-naturwissenschaftlichen Fragestellungen sind in Gesundheitsangelegenheiten auch grundlegende ethische, rechtliche, ökonomische, human- und sozialwissenschaftliche Aspekte betroffen. An diesem fakultätsübergreifenden Schwerpunkt, sind daher auch Wissenschaftler und Forscher aus der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät, der Juristischen Fakultät, der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät und der Humanwissenschaftlichen Fakultät beteiligt.

Akademische Ausbildung

Seit dem WS 2003/2004 studieren die auszubildenden zukünftigen Ärztinnen und Ärzte nach einer zumindest in Europa einmaligen Studienstruktur in einem Modellstudiengang: Interdisziplinarität, Wissenschaftlichkeit und früher Patientenkontakt vom Studienbeginn an sowie die Vermittlung patientennaher, ärztlicher Fertigkeiten stehen im Zentrum des Modellstudiengangs. Im vergangenen Jahr hat die Medizinische Fakultät das Profil des Studiengangs zur Unterstützung forschungsinteressierter Studierender um den Schwerpunkt „Medizin und Wissenschaft“ erweitert.

Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln bietet zudem die Möglichkeit des Studiums der Zahnheilkunde an.

Darüber hinaus werden gemeinsam mit der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät in den gestuften Studiengängen „Gesundheitsökonomie“ Schnittstellenmanager zwischen Medizin und Betriebswirtschaft für den Einsatz im Gesundheitswesen ausgebildet.

Der im Wintersemester 2015/16 gemeinsam mit der Humanwissenschaftlichen Fakultät begonnene Masterstudiengang „Versorgungswissenschaften“ bereitet Studierende auf die wissenschaftliche Bewertung von Versorgungsstrukturen und -leistungen vor.

Zusammen mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät werden der Bachelor und Master „Neurowissenschaften“ sowie der Bachelor „Biochemie“ angeboten, wie auch mit weiteren Fakultäten der Universität zusammen der englischsprachige „International Master of Environmental Sciences“.

Seit dem Wintersemester 2016/17 beteiligt sich die Medizinische Fakultät gemeinsam mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln am Masterprogramm „Drug Discovery and Development“ der Fakultät für angewandte Naturwissenschaften der Technischen Hochschule Köln.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
	Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, 150 bzw. 75 Auszubildende, Kursbeginn zum 1.4., **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB02	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, 150 bzw. 75 Auszubildende, Kursbeginn zum 1.4. u. 1.10., **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
	Physiotherap. Techniken, med. Grundlagen, Anatomie, Physiologie, Pathologie, Pädagogik, Sozial- u. Methodenkompetenz, prakt. Ausbildung in Zusammenarbeit m. UniReha GmbH, insges. 72 Ausbildungsplätze, Kursbeginn jährl. zum 1.10. **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB12	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriums-assistentin (MTLA)
	Hämatologie, Histo-/Zytologie, Klin. Chemie, Mikrobiologie, Sozial- u. Methodenkompetenz, prakt. Ausb. in spez. konz. Lehr-Laboratorien u. Routinelabors, 44 Ausb.-plätze, Kursbeg. jährl. zu Beg. d. Schulj. (alle 3 J. setzt ein Kurs aus) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
	Radiolog. Diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Strahlenphysik, Dosimetrie, Strahlenschutz, Sozial- u. Methodenkompetenz, Ausbildung in Patientenversorgung, insges. 60 Ausbildungsplätze, Kursbeginn jährl. zu Beginn d. Schuljahrs **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
	Theor. Ausbildung n. Richtlinie d. Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit Universitätsklinikum Bonn, prakt. Ausbildung in OP- und Funktionsbereichen, 10 Ausbildungsplätze pro Jahr, Kursbeginn jährl. zum 1. September **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB14	Orthoptisten und Orthoptistinnen
	Orthoptik, Pleoptik, Augenbewegungsstörungen, Neuroophthalmologie, Krankheits- u. Arzneimittellehre, Optik u. Brillenlehre, prakt. Ausbildung in OP- u. Funktionsbereichen, 6 Ausbildungsplätze pro Kurs alle 1,5 Jahre (ab 01.03.2016) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**

Ausserdem wird eine Ausbildung zum Masseur und medizinischem Bademeister angeboten:

Ausbildung in Massagetechniken, physikalischen Therapien, medizinischen Grundlagen, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Pädagogik/Kommunikation, Sozial- und Methodenkompetenz, 20 Ausbildungsplätze alle 2 Jahre, Kursbeginn zum 1. Oktober (nur in den geraden Jahren) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl	1.464
– davon Betten in Tageskliniken	40

Stichtag: 31.12.2016

A-10 Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	58.557
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	2.788
Ambulante Fälle	329.189

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein Patient wird pro Quartal als ein Fall gezählt, unabhängig von der Zahl seiner Termine.

Ambulante Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Kontaktzählweise dargestellt, jeder Kontakt (Termin) wird als ein Fall gezählt.

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen/Ärzte			789,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	788,65	
	- indirekt	0,97	
Versorgungsbereich	- stationär	633,26	
	- ambulant	156,36	
- davon Fachärztinnen/-ärzte			436,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	436,20	
	- indirekt	0,58	
Versorgungsbereich	- stationär	346,73	
	- ambulant	90,05	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres			0

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen/Ärzte			19,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,48	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	12,16	
	- ambulant	7,32	
- davon Fachärztinnen/-ärzte			13,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,47	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	8,75	
	- ambulant	4,72	

Ärztlicher Direktor, Stab, Krankenhaushygiene, OP-Management, Unternehmensentwicklung, Medizinische Synergien, Betriebsärzte, Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin, Arbeitsmedizin, Humangenetik

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre.(entsprechend der Vorgabe des G-BA)

A-11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		1.257,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1.251,36	
	- indirekt		5,90	
Versorgungsbereich	- stationär		1.191,16	
	- ambulant		66,10	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /-innen		2 Jahre		223,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		223,49	
	- indirekt		0,00	
Versorgungsbereich	- stationär		201,68	
	- ambulant		21,81	
Pflegehelfer/-innen		200 Stdn.		19,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		19,17	
	- indirekt		0,00	
Versorgungsbereich	- stationär		19,17	
	- ambulant		0,00	
Hebammen/Entbindungspfleger		3 Jahre		18,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		18,79	
	- indirekt		0,00	
Versorgungsbereich	- stationär		18,79	
	- ambulant		0,00	
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		44,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		44,85	
	- indirekt		0,00	
Versorgungsbereich	- stationär		44,85	
	- ambulant		0,00	
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		96,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		96,30	
	- indirekt		0,00	
Versorgungsbereich	- stationär		60,81	
	- ambulant		35,49	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		49,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		49,90	
	- indirekt		0,00	
Versorgungsbereich	- stationär		32,03	
	- ambulant		17,87	
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		20,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		20,15	
	- indirekt		0,00	
Versorgungsbereich	- stationär		15,82	
	- ambulant		4,33	

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Patientenservice

Der Patientenservice der Uniklinik ist in die stationäre Patientenversorgung zur Unterstützung der Pflege fest eingebunden. Er ist verantwortlich für Speisenversorgung, Desinfektionsaufgaben, Ver- und Entsorgung (Wäsche, Material, Sterilgüter), Patientendienste und teilweise Aktenadministration.

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

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin			13,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,40	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	7,88	
	- ambulant	5,52	
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin			0,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,47	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	0,37	
	- ambulant	0,10	
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			4,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,85	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	3,43	
	- ambulant	1,42	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin			3,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,97	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	2,60	
	- ambulant	1,37	
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			52,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	52,91	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	36,49	
	- ambulant	16,42	
Ergotherapeut und Ergotherapeutin			6,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,81	
	- indirekt	4,42	
Versorgungsbereich	- stationär	5,18	
	- ambulant	1,05	
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			4,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,62	
	- indirekt	4,14	
Versorgungsbereich	- stationär	4,55	
	- ambulant	0,21	
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge und Sozialpädagogin			2,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,52	
	- indirekt	0,00	
Versorgungsbereich	- stationär	1,65	
	- ambulant	0,87	

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP04	Diätassistent und Diätassistentin			4,40
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,40	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	2,32	
		- ambulant	2,08	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin			15,70
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,70	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	9,88	
		- ambulant	5,82	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin			16,05
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,97	
		- indirekt	11,08	
	Versorgungsbereich	- stationär	14,71	
		- ambulant	1,34	
SP06	Erzieher und Erzieherin			19,96
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,96	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	19,21	
		- ambulant	0,75	
SP09	Heilpädagoge und Heilpädagogin			4,24
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,24	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,04	
		- ambulant	1,20	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin			3,97
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,97	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	2,60	
		- ambulant	1,37	
SP57	Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin			0,47
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,47	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,37	
		- ambulant	0,10	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin			0,92
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,92	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,78	
		- ambulant	0,14	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin			15,78
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,23	
		- indirekt	9,55	
	Versorgungsbereich	- stationär	13,09	
		- ambulant	2,69	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin			9,54
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,26	
		- indirekt	4,28	
	Versorgungsbereich	- stationär	9,01	
		- ambulant	0,53	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)			26,61
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	26,61	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	18,76	
		- ambulant	7,85	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)			126,12
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	126,12	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	91,84	
		- ambulant	34,28	
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)			76,08
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	76,08	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	46,54	
		- ambulant	29,54	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin			0,95
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,95	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,83	
		- ambulant	0,12	
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)			2,86
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,86	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	2,70	
		- ambulant	0,16	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP17	Oecotrophologe und Oecothrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)			0,63
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,63	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,40	
		- ambulant	0,23	
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin			2,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,00	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	1,81	
		- ambulant	0,19	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin			10,23
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,23	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,64	
		- ambulant	9,59	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement			5,20
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,20	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	4,94	
		- ambulant	0,26	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie			17,42
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,20	
		- indirekt	15,22	
	Versorgungsbereich	- stationär	17,11	
		- ambulant	0,31	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie			0,59
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,59	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,21	
		- ambulant	0,38	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta			18,14
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,17	
		- indirekt	14,97	
	Versorgungsbereich	- stationär	16,20	
		- ambulant	1,94	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin			53,83
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,09	
		- indirekt	45,74	
	Versorgungsbereich	- stationär	52,18	
		- ambulant	1,65	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			4,85
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,85	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,43	
		- ambulant	1,42	
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			52,91
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	52,91	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	36,49	
		- ambulant	16,42	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin			19,56
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,56	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	16,41	
		- ambulant	3,15	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin			4,85
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,85	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,58	
		- ambulant	1,27	
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin/ Kinderpfleger und Kinderpflegerin			0,21
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,21	
		- indirekt	0,00	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,21	
		- ambulant	0,00	

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. Thomas Groß
Position	Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien
Straße	Kerpener Straße 62
PLZ / Ort	50937 Köln
Telefon	0221 / 478 – 6740
Telefax	0221 / 478 – 6778
E-Mail	**thomas.gross@uk-koeln.de**
Arbeitsschwerpunkte	Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien: Auditierungen von QM Systemen und Risikoaudits, externe Qualitätssicherung nach SGB V, Risikomanagement, Beschwerdemanagement, Ideenwettbewerb, CIRS = Critical Incident Reporting System, elektronische Dokumentenlenkung

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	Vorstand Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement berichtet direkt an den zweiwöchentlich tagenden Vorstand, der somit auch die Lenkung des Risiko- und Qualitätsmanagements übernimmt.
Tagungsfrequenz	andere Frequenz*

* = Die Auswahlliste des G-BA enthält keine Möglichkeit zur Angabe der zweiwöchigen Frequenz.

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. Thomas Groß
Position	Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien
Straße	Kerpener Straße 62
PLZ / Ort	50937 Köln
Telefon	0221 / 478 – 6740
Telefax	0221 / 478 – 6778
E-Mail	**thomas.gross@uk-koeln.de**
Arbeitsschwerpunkte	Leiter Medizinische Synergien: Auditierungen QM-Systeme und Risikoaudits, externe Qualitätssicherung SGB V, Risikomanagement, Beschwerdemanagement, Ideenwettbewerb, CIRS = Critical Incident Reporting System, Dokumentationsanalysen, Fallanalysen bei Patientenschäden, elektronische Dokumentenlenkung

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement berichtet direkt an den zweiwöchentlich tagenden Vorstand, der somit auch die Lenkung des Risiko- und Qualitätsmanagements übernimmt.
Tagungsfrequenz	andere Frequenz*

* = Die Auswahlliste des G-BA enthält keine Möglichkeit zur Angabe der zweiwöchigen Frequenz.

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Verfahrensanweisung Risikomanagement der Uniklinik Köln Letzte Aktualisierung: 09.05 2016
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	Neue Ärztliche Mitarbeiter wird monatlich die Pflichtunterweisungen angeboten
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)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	Teil des Klinischen Arbeitsplatzsystems
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	Abteilungsspezifisch umgesetzt
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 30.06.2010
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: monatlich

Es gibt ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet, die Tagungsfrequenz ist bei Bedarf.

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

Beinahe jede der 662 arbeitstäglich bearbeiteten CIRS Meldungen in 2016 führten zu Korrekturen oder Veränderungsmaßnahmen, z. B.:

- Umgang mit Flüssigstickstoff
- Halterung bei Transportbeatmungsgeräten
- Entsorgung infektiösen Mülls
- Sicherstellen der unterbrechungsfreien Stromversorgung in einem Bereich

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Es gibt ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet, die Tagungsfrequenz ist bei Bedarf.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Zentrale Krankenhaushygiene

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.

Seit gut 20 Jahren besteht am Universitätsklinikum Köln die Stabstelle Zentrale Krankenhaushygiene, die für die Einführung und Überwachung angemessener Maßnahmen zur Infektionsvermeidung zuständig ist. Sie ist aktuell mit zwei Fachärzten (Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin) und neun Hygienefachschwestern bzw. -pflegern besetzt.

Die Auswertung notwendiger mikrobiologischer Untersuchungen erfolgt über das am Institut für Medizinische Mikrobiologie angesiedelte von der Krankenhaushygiene geleitete Hygienelabor.

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

Im Rahmen so genannter Hygienevisiten wird das Personal beraten, die Umsetzung der gesetzten Vorgaben hinterfragt, Verbesserungsvorschläge gemeinsam erarbeitet und in der Praxis umgesetzt.

Ausgewählte im Krankenhaus erworbene (nosokomiale) Infektionen und das Vorkommen von Keimen mit besonderen Resistenzmerkmalen werden fortlaufend erfasst. In Zusammenarbeit mit den Kliniken werden dann die optimalen Vermeidungsstrategien entwickelt und umgehend eingeführt. Die im Bereich der Intensivstationen erhobenen Daten werden fortlaufend dem Nationalen Referenzzentrum zur Surveillance nosokomialer Infektionen in Berlin zur Verfügung gestellt.

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

Die Beteiligung der Uniklinik an der Aktion „Saubere Hände“ wird ebenfalls begleitet und koordiniert. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Beobachtung der korrekten Umsetzung hände-hygienischer Vorgaben.

Außerdem überprüft die Krankenhaushygiene routinemäßig die Wasserqualität in allen Gebäuden und die einwandfreie Funktion von Desinfektions- und Sterilisationsgeräten. Viermal jährlich erfolgt eine mikrobiologische Prüfung aller flexiblen Endoskope, die bei Spiegelungen des Magen-Darm-Traktes oder des Bronchialbaums zum Einsatz kommen, zweimal jährlich werden alle Behandlungseinheiten in der Zahnklinik mikrobiologisch untersucht.

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	3
Zwei Hygienikerinnen sind Fachärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin sowie Fachärztinnen für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Eine weitere Krankenhaushygienikerin befindet sich in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftrage Ärztinnen	36
Jede Abteilung verfügt über mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin.	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention – „Hygienefachkräfte“ (HFK)	11
Zusätzlich sind in der Abteilung noch eine Krankenschwester ohne Fachweiterbildung, ein Ingenieur (technische Hygiene und Baumaßnahmen) und eine Teamassistentin tätig. eine „Hygienefachkraft“ befindet sich in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	139
Eigener, einwöchiger Fortbildungskurs ist am Klinikum etabliert und wird einmal jährlich sowie zusätzlich nach Bedarf durchgeführt.	

Alle Angaben nach Personen

Gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) gelten bis einschließlich 31. Dezember 2016 Übergangsvorschriften zur Erfüllung der personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und zur Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten.

Hygienekommission

Eine Hygienekommission ist eingerichtet.

Tagungsfrequenz: Quartalsweise

Vorsitzende/Vorsitzender:
Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig
Ärztlicher Direktor (Vorstandsvorsitzender)

Telefon 0221 / 478 – 6241
aerztlicher-direktor@uk-koeln.de

Die Hygienekommission des Klinikums, in der unter anderem die Mitglieder des Vorstandes vertreten sind, tagt vierteljährlich. Hier werden die aktuellen Fragen diskutiert und notwendige Maßnahmen beschlossen. Beschlüsse dieser Kommission sind für alle Mitarbeiter der Uniklinik verbindlich.

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
- Kopfhaube	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 Wundauflage	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 oder die Hygienekommission autorisiert	ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	132,80 ml/ Patiententag
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	59,80 ml/ Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.	ja

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

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen 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 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	ja

A-12.3.2.6 Weitere Informationen zur Hygiene

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 HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS
	KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System): CDAD = Clostridium difficile assoziierte Diarrhoe, DEVICE = Geräte-assoziierte Infektionen, HAND = Händedesinfektionsmittelverbrauch, ITS = Intensivstation, MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, NEO = Neonatologie. **www.nrz-hygiene.de**	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk Rhein-Ahr
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	durch Tochterfirma SteriServ
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt
	Ein strukturiertes, zentrales Beschwerdemanagement wurde in 2004 eingeführt. In 2014 wurde es aufgrund der hohen Anzahl positiver Rückmeldungen in Lob- und Beschwerdemanagement umbenannt. Ansprechpartner für Stellungnahmen und Informationen sind die jeweiligen Führungskräfte oder Mitarbeiter, an die diese Aufgabe delegiert worden ist.
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerde-auswertung)
	Die einzelnen Schritte bei der Bearbeitung von Rückmeldungen sind in einer Verfahrensanweisung detailliert schriftlich festgelegt. Die Verfahrensanweisung geht bei der Beschreibung des Ablaufes u. a. ein auf Beschwerdestimulation, Beschwerdewege, Information der betroffenen und verantwortlichen Mitarbeiter, Zwischenbescheid, Korrekturmaßnahmen, Antwort an den Beschwerdeführung, Auswertung und Bericht an den Vorstand.
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden
	Der Umgang mit mündlichen Rückmeldungen (Gesprächsführung bei Telefonaten, persönlichen Gesprächen, Besuchen am Krankenbett) ist in der Verfahrensanweisung und in deren Anlagen für alle Klinikmitarbeiter geregelt. Das gilt auch für das Weiterleiten mündlicher Beschwerden an das Lob- und Beschwerdemanagement.
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden
	Auch der Umgang mit schriftlichen Rückmeldungen (mündlicher oder schriftlicher Zwischenbescheid, mündliche oder schriftliche abschließende Antwort) sowie das Formulieren schriftlicher Antworten ist geregelt.
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert
	Zeitziele sind in der Verfahrensanweisung schriftlich definiert (Zwischenbescheid spätestens nach 2 Tagen, abschließende schriftliche Antwort spätestens nach 4 Wochen).
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt
	Es sind zwei Ansprechpartner benannt. Deren Verantwortlichkeiten sind in der Verfahrensanweisung geregelt. Janna Noack, B. A. Pflegemanagement Lob- und Beschwerdemanagement Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 7379 Telefax: 0221 / 478 – 1431400 E-Mail: **lobundbeschwerden@uk-koeln.de** Dipl.-Psychologe Klaus Botzenhardt Lob- und Beschwerdemanagement Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 3501 Telefax: 0221 / 478 – 1431400 E-Mail: **lobundbeschwerden@uk-koeln.de**

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement
BM07	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt
	Die unabhängige Patientenfürsprecherin ist mittwochs 10 – 12 Uhr im Büro der ev. Seelsorge, Bettenhaus, Ebene 1 oder unter Telefon 0221 / 478 – 5529 (Anrufbeantworter) zu erreichen. Der Kontakt kann auch über Pflegekräfte oder den Infoschalter in der Eingangshalle des Bettenhauses vermittelt werden. Briefkästen für Mitteilungen sind in der Eingangshalle und in verschiedenen Kliniken und Polikliniken. Die Patientenfürsprecherin berichtet einmal jährlich dem Vorstand in einer besonderen Sitzung. Maria Schidlowski Unabhängige Patientenfürsprecherin Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 5529 Telefax: 0221 / 478 – 32096 E-Mail: **patientenfuersprecher@uk-koeln.de**
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden
	Das Abgeben anonymer Beschwerden ist möglich (z. B. über ein Internet-Formular), diese werden - soweit bei Fehlen genauerer Daten sinnvoll und möglich - ebenfalls bearbeitet.
BM09	Patientenbefragungen
	Patientenbefragungen wurden bis einschließlich 2016 einmal pro Jahr in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut durchgeführt: Ca. 5.000 stationäre Patienten wurden anonym befragt. Die Ergebnisse wurden den einzelnen Kliniken zur Verfügung gestellt, sie erhielten Unterstützung beim Einleiten von Korrekturmaßnahmen. Zusätzlich werden Ergebnisse von Patientenbefragungen durch Krankenkassen berücksichtigt. Ein neues Konzept zum Umgang mit Patientenbefragungen ist geplant.
BM10	Einweiserbefragungen
	Im Onkologischen Zentrum des Centrums für Integrierte Onkologie Köln Bonn, Standort Köln, finden gemäß der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre Einweiserzufriedenheitsermittlungen statt. Diese werden in allen Zentren, Modulen und Schwerpunkten durchgeführt und in einer gemeinsamen Auswertung präsentiert. Die Ergebnisse werden im Managementreview diskutiert und entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Die letzte Befragung fand in 2017 statt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h[1]
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja
	Biplaner Herzkathetermessplatz mit Angiographiegerät		
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	ja
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
	DVT (Digitales Volumen Tomographiegerät) für den Kopf-Bereich in der Mund-, Kiefer- und Plastischen Gesichtschirurgie Integriertes PET/CT (Biograph 1b true Point) in der Nuklearmedizin		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	ja
	Amplituden-integriertes EEG		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/–unterstützung		ja
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	ja
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	-
	Gammakamera (Darstellung von Krankheitsherden mittels radioaktiver Arzneimittel)		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-
AA30	Single-Photon-Emissionscomputer-tomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	-
	Schnittbildgebung mittels radioaktiver Arzneimittel		

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h[1]
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	-
	Gammakamera (Darstellung von Krankheitsherden mittels radioaktiver Arzneimittel)		
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	-

[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.

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

B-1 Klinik I für Innere Medizin - Onkologie, Hämatologie, Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Hallek

B-1.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik I für Innere Medizin** - Onkologie, Hämatologie, Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**innere1.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie (0105) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Michael Hallek**
Telefon	0221 / 478 – 4400
Telefax	0221 / 478 – 5455
E-Mail	**michael.hallek@uk-koeln.de**

Kurzportrait

An der Klinik I für Innere Medizin werden Patienten mit verschiedenen internistischen Erkrankungen behandelt. Unsere Schwerpunkte sind die Hämatologie, Onkologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und die Internistische Intensivmedizin.

Die Klinik I für Innere Medizin bemüht sich, eine patientenorientierte und von Menschlichkeit geprägte Behandlung der Erkrankungen in den obigen Schwerpunkten und in der Inneren Medizin insgesamt durchzuführen. Für Fragen wenden Sie sich jederzeit an uns.

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 Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	Unsere Klinik hat eine hohe Kompetenz bei der Behandlung der Blutvergiftung und Sepsis. Diese Kompetenz ist für zahlreiche Patienten mit onkologischen, hämatologischen, infektiologischen und immunologischen Erkrankungen, auch im Rahmen intensivmedizinischer Behandlungen, von Bedeutung.
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
	Autologe Stammzelltransplantationen: Patienten werden eigene, kryokonservierte Stammzellen transplantiert. Allogene Stammzell- u. Knochenmarktransplantationen: Patienten werden nach Chemotherapie Stammzellen eines gesunden (bevorzugt verwandten) Spenders transplantiert. Eigenes Stammzell-Labor
VI00	Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)
	Im CIO - Centrum für Integrierte Onkologie (www.cio-koeln.de) - behandelt ein fachübergreifendes Expertenteam Patienten mit Tumorerkrankungen nach dem aktuellsten Stand der Forschung, besonderes Anliegen ist die umfassende Betreuung während des gesamten Behandlungsablaufs mit Patientenbegleitern.
VI00	CLL-Sprechstunde
	Spezialsprechstunde für Patienten mit chronisch-lymphatischer Leukämie (CLL), hämato-onkologische Diagnostik, Bluttransfusionen, Chemotherapien, ausführliche, individuelle Beratung, psycho-onkologische Betreuung, Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	Diagnostik u. Therapie v. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis u. Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen u. Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	Diagnostik u. Therapie bei Patienten m. hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B u. Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung b. operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) f. Gerinnungs-Notfalldiagnostik
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	Zytomorphologische Begutachtung von Blut- und Knochenmarkausstrichen sowie Punktionsmaterialien, Immunphänotypisierung von Leukämien und Lymphomen, molekulargenetische Analysen klonaler Marker bei der AML, ALL und CML, Forschungsschwerpunkt u. a. Minimale Resterkrankung bei Leukämien (MRD)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	Diagnostik u. Therapie von infektiologischen Krankheitsbildern, auch immunologischen Erkrankungen, Krebserkrankungen, Mukosviszidose, Tropenkrankheiten sowie Behandlung von HIV-Patienten, infektiologisches Monitoring immunsupprimierter Patienten, intensive Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Köln
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Neben Diagnostik insbes. auch Chemotherapien z. B. bei akuten u. chronischen Leukämien, myelo-dysplastischen Syndromen, malignen Lymphomen, Plasmozytomen, soliden Tumoren wie z. B. Bronchial-Karzinomen, Colorektalen Karzinomen o. Sarkomen, innovative Therapieoptionen (z. B. Antikörper-Therapie)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Diagnostik u. Therapie v. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis u. Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen u. Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika
VI00	Gerinnungsambulanz
	Diagnostik u. Therapie bei Patienten m. hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B u. Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung b. operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) f. Gerinnungs-Notfalldiagnostik
VI00	Hämapherese
	Die Hämapherese dient der Sammlung o. Entfernung v. verschiedenen Blutzellen o. des Blutplasmas, ähnlich wie die Dialyse wasserlösliche Substanzen aus dem Blut entfernt: Stammzellapherese (zur Transplantation), Leukapherese, Thrombozytenapherese, Erythrozytenapherese, Plasmaaustausch, Photopherese
VI20	Intensivmedizin
	Überwachung und Therapie in kritischen medizinischen Situationen bei internistischen Grunderkrankungen zur Sicherung von Kreislauf und Atmung, Stabilisierung und Mobilisation, zusätzlich auch Durchführung von Chemotherapien unter besonderen Voraussetzungen
VI00	Klinisches Studienzentrum
	Einsatz der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die optimale Patientenversorgung, kontrollierte Therapiestudien zur Weiterentwicklung in der Hämatologie/Onkologie, zusätzliche Betreuung durch Studienspezialisten
VI37	Onkologische Tagesklinik
	Hämato-onkologische Diagnostik inkl. Immunphänotypisierung (FACS), molekulargenetische Untersuchungen, ambulante Chemotherapien, Bluttransfusionen, Zellseparationsverfahren (Hämapherese inkl. Stammzellapherese), enge Vernetzung mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI00	Psychoonkologie
	Krebspatienten und ihren Angehörigen steht im Haus LebensWert ein breit gefächertes psychoonkologisches Angebot zur Verfügung. Ein Team aus Psychotherapeuten, Bewegungs-, Kunst-, Musiktherapeuten u. Sozialarbeitern hilft sich mit den entstehenden Ängsten und Sorgen auseinanderzusetzen.
VI27	Spezialsprechstunde
VI00	Sportonkologie
	Professionelle Sporttherapie während des stationären Aufenthalts unter Aufsicht eines Sportwissenschaftlers, durch körperliche Aktivität soll die Lebensqualität gesteigert u. die Erholungsphase nach Therapien verkürzt werden, entwickelt in Kooperation mit der Deutschen Sporthochschule Köln
VI45	Stammzelltransplantation

LebensWert

LebensWert ist eine 1997 am Klinikum der Universität zu Köln gegründete Initiative für krebskranke Patienten.

Die Angebote stehen allen Krebspatienten der Universitätsklinik Köln und der niedergelassenen Praxen der Kölner Region zur Verfügung.

Im Jahr 2001 hat LebensWert auf dem Gelände des Universitätsklinikums Köln ein eigenes Haus, das **Haus LebensWert**, errichtet und damit den Startschuss für die Schaffung eines bundesweit ersten Zentrums für angewandte Psychoonkologie gegeben.

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3.026
Teilstationäre Fallzahl	506
Anzahl Betten	130

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein Patient wird pro Quartal als ein Fall gezählt, unabhängig von der Zahl seiner Termine.

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.

B-1.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	389
2	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	239
3	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	223
4	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	166

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
5	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	164
6	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	129
7	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	76
8	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	65
9	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	65
10	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	61
11	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	44
12	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht - Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	42
13	Z52	Spender von Organen oder Geweben	40
14	D57	Sichelzellenkrankheit	38
15	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	38
16	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	29
17	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	29
18	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen - ARDS	29
19	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	28
20	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	28
21	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	27
22	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	24
23	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	22
24	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	21
25	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	21
26	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	20
27	C40	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel der Gliedmaßen	19
28	N17	Akutes Nierenversagen	19
29	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	16
30	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	16

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.281
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	1.111
3	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	1.018
4	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	785
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	651
6	8-824	Bestrahlung des Blutes mit UV-Licht zur Behandlung bestimmter Tumoren - Photopherese	508
7	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	477
8	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	474
9	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	463
10	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	406
11	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	260
12	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	246
13	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	244
14	8-805	Übertragung (Transfusion) von aus dem Blut eines Spenders gewonnen Blutstammzellen	199
15	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	198
16	5-410	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation	198
17	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	194
18	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	105
19	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	97
20	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	85
21	1-941	Umfassende Untersuchung von Blutkrebs	77
22	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	77
23	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	77
24	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	66
25	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	52
26	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	45

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	41
28	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	35
29	8-129	Applikation einer Spenderstuhlsuspension	35
30	1-494	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	33

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

CLL-Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Spezialsprechstunde für Patienten mit chronisch-lymphatischer Leukämie (CLL), hämato-onkologische Diagnostik, Bluttransfusionen, Chemotherapien, ausführliche, individuelle Beratung, psycho-onkologische Betreuung, Zweitmeinung

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
Anlage Nr.	**Angebotene Leistung nach § 116b SGB V**
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

Gerinnungsambulanz (Hämostaseologie)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Diagnostik u. Therapie bei Patienten m. hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B u. Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung b. operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, Rotations-Thromb-Elastographie (ROTEG) f. Gerinnungs-Notfalldiagnostik

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
Anlage Nr.	**Angebotene Leistung nach § 116b SGB V**
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen

Hämapherese

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Die Hämapherese dient der Sammlung oder Entfernung von verschiedenen Blutzellen oder des Blutplasmas, ähnlich wie die Dialyse wasserlösliche Substanzen aus dem Blut entfernt.

Nr.	Angebotene Leistung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder)

Hämatologisch-onkologische Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Hämato-onkologische Diagnostik inkl. Immunphänotypisierung (FACS), molekulargenetische Untersuchungen, ambulante Chemotherapien, Bluttransfusionen, Zellseparationsverfahren (Hämapherese inkl. Stammzellapherese), enge Vernetzung mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

Immunologische Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Diagnostik u. Therapie v. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis u. Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen u. Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika

Nr.	Angebotene Leistung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder)

Infektionsambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Für Patienten mit allen Infektionserkrankungen, besonders spezialisiert auf die Behandlung von HIV-infizierten Patienten (nach KV-Vereinbarung mit Überweisungsschein möglich), Teilnahme an klinischen Studien, spezialisierte Ernährungsberatung, Sozialberatung durch AIDS-Hilfe Köln und SKM Köln

Nr.	Angebotene Leistung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI27	Spezialsprechstunde

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ 2)
Innere Medizin/Onkologie/Hausärztliche Versorgung

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Abgestimmte Behandlung durch erfahrene Onkologen und enge, fachübergreifende Zusammenarbeit mit der Uniklinik, zahlreiche Leistungsangebote unter einem Dach

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde

Privatambulanz

Privatambulanz

Hämato-onkologische Diagnostik inkl. Immunphänotypisierung (FACS), molekulargenetische Untersuchungen, ambulante Chemotherapien, Bluttransfusionen, Zellseparationsverfahren (Hämapherese inkl. Stammzellapherese), enge Vernetzung mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde

Transplantationsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Nachsorge f. mind. 5 Jahre b. Patienten n. Transplantation v. Zellen (verwandter o. unverwandter Spender), Angebot zum Beratungsgespräch zu Chancen u. Risiken (auch als zweite Meinung), psycholog. Vorgespräch, außerdem Spezialuntersuchungen zum "Chimärismus" zus. mit Institut für Rechtsmedizin

Nr.	Angebotene Leistung
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

Tumorambulanz des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Erster Anlaufpunkt für Patienten mit soliden Tumoren, Experten aller beteiligten Kliniken und Institute der Uniklinik für Beratung und Planung der Therapie, Koordination des gesamten Behandlungsablauf, zusätzlich Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung (2nd opinion)

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

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/Ärzte			32,72	92,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	32,72		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	27,20		
	- ambulant	5,52		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			20,67	146,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,67		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	17,18		
	- ambulant	3,49		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ05	Biochemie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildung-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		142,36	21,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		142,16		
	- indirekt		0,20		
Versorgungsbereich	- stationär		140,18		
	- ambulant		2,18		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		9,05	334,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		9,05		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,00		
	- ambulant		9,05		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		6,38	474,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,38		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		3,49		
	- ambulant		2,89		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – Anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-2 Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Benzing

B-2.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik II für Innere Medizin** - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**nephrologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie (0104) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Benzing**
Telefon	0221 / 478 – 4480
Telefax	0221 / 478 – 5959
E-Mail	**thomas.benzing@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Schwerpunkte der Klinik II für Innere Medizin am Universitätsklinikum zu Köln sind die Erkennung und Behandlung von Nierenkrankheiten und Bluthochdruck. Das Team unserer Klinik bietet das gesamte Spektrum der modernsten diagnostischen und therapeutischen Verfahren der Nierenheilkunde (Nephrologie) und Transplantationsmedizin inklusive aller Dialyse- und Aphereseverfahren. Die Kombination einer patientenorientierten, ganzheitlichen medizinischen Versorgung mit einer international höchst renommierten Forschung bringt unserer Klinik eine Spitzenposition unter den nephrologischen Kliniken in Deutschland ein. In enger Zusammenarbeit mit unseren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen in Köln und über die Kölner Grenzen hinaus, bemühen wir uns, Möglichkeiten zur Vorbeugung und Therapie von Nierenerkrankungen permanent zu optimieren.

Neben den Aufgaben der Krankenversorgung widmen wir uns intensiv der experimentellen und klinischen Forschung und machen uns stark für eine optimale Ausbildung von Studierenden der Medizin.

Zentrale Notaufnahme (ZNA)

Bereichsleitung und Stellvertreter des Direktors

PD Dr. med. Volker Burst

Telefon 0221 / 478 – 86285
volker.burst@uk-koeln.de

Nierentransplantation

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Christine Kurschat

Telefon 0221 / 478 – 4480
christine.kurschat@uk-koeln.de

Nephrologische Forschung

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Bernhard Schermer

Telefon 0221 / 478 – 89030
bernhard.schermer@uk-koeln.de

B-2.2 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-2.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC61	Dialyseshuntchirurgie
	Zentrum mit Kompetenzen der Nephrologie, der Gefäßchirurgie und der interventionellen und diagnostischen Radiologie für Neuanlage und Revisionen von bestehenden Shunts, Priorität zur Verwendung von patienteneigenem Gewebe, ausreichend frühe Erstanlage zur Vermeidung von passageren Dialysekathetern

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI00	CAPD-Ambulanz
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ..)
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	Ambulanz für Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Zusammenarbeit m. niedergelassenen Kollegen u. der stationären Versorgung, ausführliche, zeitnahe nephrologische Diagnostik, individuelle Beratung, Therapie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, Möglichkeit z. Einholung einer Zweitmeinung
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Ambulante und stationäre Betreuung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen und systemisch-entzündlichen Krankheiten sowie erworbenen und angeborenen Immundefekten, neue Therapiemöglichkeiten (Biologika), interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen
VI00	Durchführung aller Dialyse- und Aphereseverfahren
	Dialyse-Abtlg. (24 Stdn.) m. 14 Plätzen, sämtl. Dialyse- u. Aphereseverfahren amb. u. stat.: Hämodiafiltration, Hämafiltration, Hämodialyse, Lipidapharese, Plasmapherese, Immunadsorption, Rheopherese, Photopherese, sep. Isolierzimmer f. infekt. Erkrankungen, amb. Implantation v. Dialysekathetern
VI00	Notaufnahme
	In der Notaufnahme-Ambulanz mit einer angeschlossenen Notaufnahme-Station werden sämtliche Notfälle und kritische Erkrankungen regional und überregional durch ein interdisziplinäres Team auf höchstem Niveau schnell und zuverlässig diagnostiziert und behandelt.
VI41	Shuntzentrum
VI00	Spezialambulanz für Glomerulonephritiden
VI00	Spezialambulanz für Zystennieren und erbliche Nierenerkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
	Morbus Fabry (Fabry-Anderson-Krankheit)

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU15	Dialyse
VU16	Nierentransplantation
	Vorbereitung, und Nachsorge: Nieren- u. Nierenpankreastransplantation, Blutgruppenungleiche Nierenlebendspende bei Kindern u. Erwachsenen, Transplantation bei immunisierten Patienten, Desensibilisierungsprotokolle bei spenderspezifischen Antikörpern oder positivem Crossmatch, Überkreuzlebendspende
VU14	Spezialsprechstunde
	Morbus Fabry (Fabry-Anderson-Krankheit): erblich bedingte lysosomale Speicherkrankheit, schwere Funktionsschädigungen an Haut, Augen, Herz, Nieren, Nervensystem. Umfassende Untersuchungen der Organe und bestmögliche Betreuung im Fabry-Kompetenzzentrum durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.359
Teilstationäre Fallzahl	125
Anzahl Betten	46

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein Patient wird pro Quartal als ein Fall gezählt, unabhängig von der Zahl seiner Termine.

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung (Dialyseplätze).

B-2.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	230
2	N17	Akutes Nierenversagen	105
3	I50	Herzschwäche	100
4	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	95
5	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	95
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	93
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	80
8	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	78
9	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	70
10	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	52
11	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	50

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	44
13	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	38
14	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	34
15	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	34
16	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	34
17	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	32
18	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift - nekrotisierende Vaskulopathien	29
19	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	26
20	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	22
21	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	21
22	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	20
23	R06	Atemstörung	19
24	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	18
25	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	18
26	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	17
27	S01	Offene Wunde des Kopfes	16
28	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	16
29	A46	Wundrose - Erysipel	15
30	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	14

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	4.853
2	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	2.934
3	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	443
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	347
5	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	136
6	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse	85
7	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	74

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	63
9	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	57
10	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	56
11	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	52
12	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	51
13	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	50
14	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	47
15	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	45
16	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	43
17	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	43
18	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	40
19	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	36
20	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	32
21	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	29
22	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	28
23	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	25
24	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	24
25	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	22
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	21
27	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	20
28	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	17
29	8-984	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)	15
30	8-146	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in Organe des Bauchraumes zur Ableitung von Flüssigkeit	14

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

CAPD-Ambulanz

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Nieren- und Hochdruckambulanz

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Privatambulanz

Privatambulanz

Rheumatologische Ambulanz

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Gezielte Diagnostik und auch neue Therapiemöglichkeiten, wie z. B. Biologika, bei entzündlich-rheumatischen u. immunpathologischen Erkrankungen: Entzündliche Gelenk- u. Wirbelsäulenerkrankungen, Kollagenosen (systemische Autoimmunopathien), Vaskulitiden u. systemische Entzündungserkrankungen

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatischer Erkrankungen

Spezialambulanz für Amyloidose- und Leichtketten-assoziierte Nierenerkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Glomerulonephritiden

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Spezialambulanz für Morbus Fabry

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Thrombotische Mikroangiopathien

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Zystennieren und hereditäre Nierenerkrankungen

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Transplantationsambulanz

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Zentrale Notaufnahme

Notfallambulanz (24h)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-2.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			19,73	119,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,73		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	16,27		
	- ambulant	3,46		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,41	226,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,41		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	8,57		
	- ambulant	1,84		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-2.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		71,91	32,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		70,88		
	- indirekt		1,03		
Versorgungsbereich	- stationär		71,09		
	- ambulant		0,82		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		4,21	560,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,21		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,00		
	- ambulant		4,21		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,50	1.572,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,50		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,70		
	- ambulant		0,80		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP03	Diabetes
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-3 Klinik III für Innere Medizin - Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus

B-3.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik III für Innere Medizin** - Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**herzzentrum.uk-koeln.de/kardiologie**
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie (0103) Hauptabteilung
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus**
Telefon	0221 / 478 – 32511
Telefax	0221 / 478 – 32512
E-Mail	**stephan.baldus@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Leistungsbereiche

Akutversorgung

Intensivstation/Intermediate-Care-Station/Chest Pain Unit

Vier Herzkathetermessplätze rund um die Uhr

Allgemeinversorgung

Invasive und nichtinvasive kardiologische Diagnostik und Therapie auf Spitzenniveau

Interventionelle Rhythmologie

Lungentumor-Diagnostik

Interventionelle Pneumologie

Kathetergestütze Klappentherapie

Kathetergestütze Therapie angeborener Herzerkrankungen

Spezialambulanzen

Herzinsuffizienz und Herztransplantation

Pulmonale Hypertonie

Komplexe Rhythmologie

Herzschrittmacher und ICD/CRT
ICD: Implantable Cardioverter-Defibrillator = Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
CRT: Cardiac Resynchronization Therapy = Kardiale Resynchronisationstherapie

Angeborene Herzfehler

Interventionelle Pneumologie

Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewebserkrankungen

Innovationen

Grundlagenforschung

Klinische Forschung

Versorgungsforschung

Qualitätssicherung

Leitlinienentwicklung

Netzwerkmanagement

B-3.2 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-3.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	Schlaflabor
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI34	Elektrophysiologie
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Darstellung des Gefäßsystems

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR15	Arteriographie

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Endosonographie
VR04	Duplexsonographie
VR02	Native Sonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.681
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	85

B-3.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	954
2	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	699
3	I21	Akuter Herzinfarkt	432
4	I50	Herzschwäche	332
5	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	319
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	206
7	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	189
8	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	183
9	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	156
10	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	111
11	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	80
12	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	69
13	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	64
14	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	62
15	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	54
16	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	53
17	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	51
18	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	44
19	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	39
20	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	38
21	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	37
22	R57	Schock	31
23	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	29

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	I40	Akute Herzmuskelentzündung - Myokarditis	21
25	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	20
26	Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände als einer Krebskrankheit	17
27	R06	Atemstörung	16
28	I45	Sonstige Störung der Erregungsleitung des Herzens	14
29	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	13
30	R00	Störung des Herzschlages	13

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	2.968
2	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	2.968
3	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2.543
4	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	1.439
5	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	1.429
6	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.196
7	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.167
8	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.145
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.045
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.001
11	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	954
12	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU	703
13	3-05e	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	680
14	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	648
15	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	589
16	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	397
17	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	363
18	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	327

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	306
20	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	249
21	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	218
22	9-984	Pflegebedürftigkeit	210
23	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	208
24	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	206
25	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	149
26	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	142
27	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	130
28	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	120
29	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	108
30	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	106

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kardiologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

auch für Herzschrittmacher und ICD/CRT

Privatambulanz

Privatambulanz

Spezialambulanz für Herzinsuffizienz/Herztransplantation

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)

Spezialambulanz für Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewebserkrankungen

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 11	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Marfan-Syndrom

Spezialambulanz für pulmonale Hypertonie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie

Ambulanz

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 13	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	28
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	15
3	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	< 4

B-3.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			46,60	100,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	46,60		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	42,62		
	- ambulant	3,98		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			18,63	251,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,63		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	17,04		
	- ambulant	1,59		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		65,69	71,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		65,69		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		56,51		
	- ambulant		9,18		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		10,21	458,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		10,21		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		9,52		
	- ambulant		0,69		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser

B-4.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**gastroenterologie-hepatologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie (0107) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser**
Telefon	0221 / 478 – 4470
Telefax	0221 / 478 – 6758
E-Mail	**tobias.goeser@uk-koeln.de**

Kurzportrait

In der Fachabteilung werden alle Erkrankungen von Leber, Gallenwegen, Bauchspeicheldrüse, Speiseröhre, Magen, Dünn-, Dick- und Enddarm behandelt.

Akute und chronische Leber- und Gallenwegserkrankungen

Tumoren von Speiseröhre, Magen, Dickdarm, Leber, Gallenwege, Bauchspeicheldrüse

Funktionsstörungen des Magen-Darm-Trakts

Akut infektiöse und chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Akute und chronische Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Endoskopische Diagnostik und Tumortherapie

Diagnostische Endoskopie

Oesophagogastroduodenoskopie (ÖGD), endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie (ERCP), Koloskopie, Intestinoskopie, Cholangioskopie, Kapselendoskopie, Proktoskopie, Rektoskopie, endoskopischer Ultraschall, Chromoendoskopie, ZOOM-(Vergrößerungs)-Endoskopie, Laparoskopie, intraduktaler Ultraschall (IDUS), Feinnadelpunktion (FNP), Leberblindpunktion (LBP), intraduktale Biopsie

Therapeutische Endoskopie

Blutstillung, Polypenentfernung, Mukosektomie, Zystogastrostomie, Bougierungen und Dilatationen an Ösophagus, Magen, Pankreas, Gallenwegen und Dickdarm ggf. mit Stent-Implantation, perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), perkutane endoskopische Jejunoskopie (PEJ), extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), Laser, Argonplasmakoagulation (APC), endoskopische Papillotomie (EPT), Steinextraktion, perorale endoskopische Myotomie (POEM)

Diagnostische und therapeutische Sonographie

Funktionsdiagnostik

PH-Metrie, Manometrie, H2-Atemtest

Lebererkrankungen

Vorbereitung und Nachsorge zur Lebertransplantation

Diagnostik und endoskopische Therapie von Tumoren

Interventionelle und Chemotherapie gastrointestinaler Tumoren

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hat mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung keine Zielvereinbarung geschlossen.

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI35	Endoskopie
VI20	Intensivmedizin
VI38	Palliativmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Projektionsradiographie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Endosonographie
VR02	Native Sonographie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-4.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.048
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	24

B-4.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	139
2	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	66
3	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	60
4	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	56
5	K80	Gallensteinleiden	54
6	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	48
7	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	44
8	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	41
9	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	31
10	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	27
11	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	26
12	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	23
13	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	21
14	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	19
15	K75	Sonstige entzündliche Krankheit der Leber	16
16	K63	Sonstige Krankheit des Darms	14
17	K65	Bauchfellentzündung - Peritonitis	14
18	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms - Morbus Crohn	13
19	K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa	13
20	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	12
21	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	11
22	K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	11
23	K72	Leberversagen	11

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	10
25	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	9
26	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	9
27	N17	Akutes Nierenversagen	9
28	R74	Ungewöhnliche Enzymwerte im Blut, z.B. erhöhte Leberwerte	9
29	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	8
30	K26	Zwölffingerdarmgeschwür	8

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1.563
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	540
3	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	464
4	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	411
5	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	382
6	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	222
7	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	220
8	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	158
9	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	129
10	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	118
11	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	118
12	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	110
13	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	106
14	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	104
15	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	103
16	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	100
17	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	92
18	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	91
19	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	63

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	1-652	Untersuchung des Darmes durch eine Spiegelung über einen künstlichen Darmausgang	63
21	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	63
22	1-441	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallenwegen bzw. der Bauchspeicheldrüse mit einer Nadel durch die Haut	60
23	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	49
24	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	48
25	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	44
26	3-053	Ultraschall des Magens mit Zugang über die Speiseröhre	38
27	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	37
28	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	36
29	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	35
30	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	34

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Endoskopie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsermächtigung zur Durchführung von ERCPs

Crohn/Colitissprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Hepatitisambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsambulanz zur Behandlung fortgeschrittener Lebererkrankungen

Leberzirrhoseambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsambulanz zur Behandlung fortgeschrittener Lebererkrankungen

Lebertransplantationsambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsambulanz zur Behandlung fortgeschrittener Lebererkrankungen

Privatambulanz

Privatambulanz

Ambulanz für gastroenterologische Tumore

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	536
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	357
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	255
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	37
5	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	11
6	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	5
7	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
8	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
9	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4

B-4.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			15,89	65,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,89		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	8,77		
	- ambulant	7,12		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,75	97,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,75		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	5,93		
	- ambulant	4,82		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF46	Tropenmedizin

B-4.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		20,17	51,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		19,58		
	- indirekt		0,59		
Versorgungsbereich	- stationär		11,85		
	- ambulant		8,32		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		1,85	566,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,85		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,00		
	- ambulant		1,85		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		3,36	311,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,36		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,86		
	- ambulant		2,50		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

B-5.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**kinderklinik.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Pädiatrie (1000) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Dötsch**
Telefon	0221 / 478 – 4350
Telefax	0221 / 478 – 4635
E-Mail	**joerg.doetsch@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Medizinisches Leistungsspektrum: Diagnostik und Therapie sämtlicher internistischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters einschl. Intensivmedizin

Schwerpunkte

Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

Leiterin Perinatalzentrum

PD Dr. med. Angela Kribs

Telefon 0221 / 478 – 5998
Telefax 0221 / 478 – 6451
angela.kribs@uk-koeln.de

Leiterin pädiatrische Intensivmedizin

Dr. med. Anne Vierzig

Telefon 0221 / 478 – 4449 und – 4381
Telefax 0221 / 478 – 4381
anne.vierzig@uk-koeln.de

Neuropädiatrie und Sozialpädiatrisches Zentrum

Leiter

Dr. med. Peter Herkenrath

Telefon 0221 / 478 – 6580
Telefax 0221 / 478 – 5189
spz@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Kindern mit Krankheiten des Nervensystems, besonders Anfallsleiden, Lähmungen, multiple Leistungsstörungen und andere

Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie, Rheumatologie und Stoffwechselstörungen

Leiter Spezialambulanzen und Allgemeine Poliklinik

Univ.-Prof. Dr. med. Eckhard Schönau

Telefon 0221 / 478 – 84747
Telefax 0221 / 478 – 84741
kinderpoliklinik@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Kindern mit Hormon- und Stoffwechselstörungen sowie Knochenerkrankungen, besonders Diabetes mellitus, Schilddrüsenerkrankungen, Wachstumsstörungen und Osteogenesis imperfecta

Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährungsmedizin

Leiter

PD Dr. med. Christoph Hünseler

Telefon 0221 / 478 – 32636
Telefax 0221 / 478 – 32852
kinderpoliklinik@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Erkrankung des Magen-Darm-Traktes, der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder Ernährungsschwierigkeiten

Pädiatrische Nephrologie und Immunologie

Leiter

Univ.-Prof. Dr. med. Lutz Weber

Telefon 0221 / 478 – 4319
Telefax 0221 / 478 – 5835
kindernephrologie@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Kindern mit Nieren- und Autoimmunkrankheiten einschließlich Dialyse, Plasmapherese und Transplantation

Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

Leiter

Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Simon

Telefon 0221 / 478 – 4380
thorsten.simon@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Kindern mit Blut- und Tumorerkrankungen einschließlich autologer Knochenmarktransplantationen

Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose

Leiter

PD Dr. med. Ernst Rietschel

Telefon 0221 / 478 – 3798
ernst.rietschel@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Kindern mit Lungenkrankheiten, besonders Asthma und Mukoviszidose, sowie allergischen Erkrankungen

B-5.2 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-5.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
VK30	Immunologie
VK31	Kinderchirurgie
VK32	Kindertraumatologie
VK00	Kopfschmerz-Sprechstunde
VK33	Mukoviszidosezentrum
VK00	Neonatales Hörscreening (TOAE, BERA)
VK36	Neonatologie
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK25	Neugeborenenscreening
	(TMS)
VK34	Neuropädiatrie
VK00	Osteogenesis imperfecta
VK28	Pädiatrische Psychologie
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum
VK29	Spezialsprechstunde
VK00	Versorgung von extrem unreifen Frühgeborenen
VK23	Versorgung von Mehrlingen

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-5.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.341
Teilstationäre Fallzahl	771
Anzahl Betten	114

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein Patient wird pro Quartal als ein Fall gezählt, unabhängig von der Zahl seiner Termine.

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.

B-5.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	341
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	269
3	J20	Akute Bronchitis	232
4	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	207
5	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	183
6	Z03	Ärztliche Beobachtung bzw. Beurteilung von Verdachtsfällen	145
7	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	130
8	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	129
9	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	126
10	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	82
11	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege - Bronchiolitis	79
12	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	72
13	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	63
14	C71	Gehirnkrebs	61
15	R56	Krämpfe	61
16	S52	Knochenbruch des Unterarmes	61
17	K40	Leistenbruch (Hernie)	60
18	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	59
19	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	59

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	57
21	E78	Störung des Fettstoffwechsels bzw. sonstige Erhöhung der Blutfettwerte	49
22	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	48
23	Z04	Untersuchung bzw. Beobachtung aus sonstigen Gründen	48
24	J03	Akute Mandelentzündung	47
25	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	44
26	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	43
27	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	42
28	P22	Atemnot beim Neugeborenen	42
29	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	41
30	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	41

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.079
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	412
3	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	399
4	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	334
5	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	318
6	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	312
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	253
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	251
9	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	221
10	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	192
11	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	184
12	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	172
13	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	161
14	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	135
15	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	129
16	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	105

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	104
18	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	97
19	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	87
20	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	75
21	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	69
22	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	67
23	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	61
24	1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	57
25	8-811	Ausgleich eines Flüssigkeitsmangels bei Neugeborenen durch Einbringen von Flüssigkeit über eine Vene	56
26	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	52
27	8-822	Filterung bestimmter Blutfette (LDL-Cholesterin) aus dem Blut	49
28	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	46
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	42
30	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	40

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allergologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diabetes

Ambulanz im Rahmen von DMP

Endokrinologie, Osteologie und Stoffwechsel

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

auch Spezialambulanz an Kinderkliniken nach § 120 Abs. 1a SGB V

HIV-Ambulanz Pädiatrie

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS

Kinderonkologie und -hämatologie

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

Mukoviszidose-Zentrum

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose

Nephrologie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Ambulante Dialyse in Kooperation mit dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, auch Spezialambulanz an Kinderkliniken nach § 120 Abs. 1a SGB V

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Pneumologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Rheumatologische Ambulanz

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Kinder)

Sozialpädiatrisches Zentrum/Neuropädiatrie

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-5.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			69,93	76,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	69,93		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	59,41		
	- ambulant	10,52		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			42,55	125,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	42,55		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	36,15		
	- ambulant	6,40		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und –Onkologie
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
ZF17	Kinder-Gastroenterologie
ZF18	Kinder-Nephrologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie
ZF30	Palliativmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		3,00	1.780,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,00		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		3,00		
	- ambulant		0,00		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		166,07	32,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		166,07		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		161,13		
	- ambulant		4,94		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		7,04	758,66
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,04		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		4,73		
	- ambulant		2,31		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PG07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP03	Diabetes
ZP20	Palliative Care
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-6 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie

Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier

B-6.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**herzzentrum.uk-koeln.de/kinderkardiologie**
§-301-Schlüssel	Kinderkardiologie (1100) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier**
Telefon	0221 / 478 – 32514
Telefax	0221 / 478 – 32515
E-Mail	**konrad.brockmeier@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Aufgrund erheblicher Fortschritte in der Diagnostik und Behandlung angeborener Herzfehler, können heute wesentlich bessere Überlebenszahlen für Kinder und Jugendliche garantiert werden. Darüber hinaus kann neben einer deutlich verbesserten Überlebenswahrscheinlichkeit auch eine messbare Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten mit angeborenen Herz- und Gefäßerkrankungen festgestellt werden. Erheblich dazu beigetragen haben auch die Erfolge in der pränatalen Ultraschalldiagnostik, die am Kölner Universitätsklinikum interdisziplinär von Kinderkardiologen und Gynäkologen ausgerichtet werden. Ziel der Pränataldiagnostik ist die präzise vorgeburtliche Diagnostik von komplexen Herzfehlern, um lebensbedrohliche Umstände für das Neugeborene unmittelbar nach der Geburt abwenden zu können. So konnten in den letzten fünf Jahren Neugeborene quasi elektiv herzkatheter-gestützten, interventionellen Eingriffen sowie herzchirurgischen Verfahren zugeführt werden: immer dann, wenn die morphologisch funktionellen Bedingungen dies erforderlich machten.

Am Kölner Herzzentrum können Neugeborene und Säuglinge mit lebensbedrohlichen, komplexen Herzfehlern jederzeit operiert werden. Die hohe Spezialisierung des Teams und insbesondere die europaweit ausgewiesene Qualität der Kinderherzchirurgie, haben den Standort auch überregional bekannt gemacht.

In Zusammenarbeit mit vielen überregionalen Kooperationspartnern sind konsequent Netzwerkstrukturen aufgebaut worden, die sowohl Kliniken mit stationärer und ambulanter Versorgung, als auch niedergelassene Kinderkardiologen und niedergelassene Kinderärzte einbeziehen.

Besondere Stärken der Kinderkardiologie des Herzzentrums der Universität Köln sind:

- Minimal invasive Behandlungsverfahren im Herzkatheterlabor, bei dem nach modernsten Kriterien Herzscheidewanddefekte über sog. Schirmchentechnik oder Occluder verschlossen werden können
- Erweiterungen von Gefäßverengungen mittels Ballon- oder Ballon-Stent
- Verschluss von Gefäßen, die eine überschießende Durchblutung verursachen, mittels Spiralen oder Occluder
- Inaktivierung von Strukturen, die Herzrhythmusstörungen auslösen, durch Hochfrequenzwechselstrombehandlung oder moderne Kryotechnik
- Einbringung von künstlichen Herzklappen von der Leiste aus im Herzkatheterlabor
- Elektrophysiologische Untersuchung im Kindesalter einschließlich Ablation mit Kryo und HF-Wechselstromenergie
- Hybridbehandlung von komplexen Herzfehlern im Hybrid OP des Herzzentrums (Herz-OP und Herzkatheterbehandlung)
- Interventionelle Behandlung im Herzkatheterlabor von angeborenen Herzfehlern (minimal-invasive Behandlungsverfahren)
- Digitale 12-Kanal-LZ-EKG-Diagnostik und Behandlung von angeborenen/genetisch bedingten Herzrhythmusstörungen (Brugada Syndrom, LQTS, ARVC)
- Kombinierte Schrittmacher- und Tissue-Doppleranalysen bei Kindern und Jugendlichen mit schrittmacherabhängigen Vitien und/oder Resynchronisationstherapie

Patientengeschwister sind auf der Kinderstation herzlich willkommen!

Es wurde für den Kinderbereich besonders auf eine kindergerechte Ausstattung Wert gelegt: Liebevolle Gemäldezusammenstellung mit den Themenschwerpunkten für die einzelnen Zimmer sowie ein luxuriöser Spielbereich im überdachten Teil der Station, mit Spielgeräten, beispielsweise einem über 3 m langen Fischkutter aus Holz sowie Weidentipis und Outdoor-Großspielzeug auf der der Kinderstation zugeordneten liebevoll angelegten Terrassenanlage, tägliche Betreuung durch die Mitglieder der *Elterninitiative herzkranker Kinder e.V.* (ehemalige Patienten der kinderkardiologischen Klinik), regelmäßige Besuche durch Clowns in den Zimmern, individuelle Schulbetreuung für die älteren Patienten durch qualifizierte Lehrer und Unterstützung in psychosozialen Angelegenheiten durch die Sozialpädagogin im stationären und ambulanten Bereich der Klinik für Kinderkardiologie.

B-6.2 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-6.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI00	Diagnostik und Therapie von Reizleitungsanomalien
VI34	Elektrophysiologie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK00	Kinderkardiologie
VK36	Neonatologie
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK00	Pränatalsprechstunde
VK00	Ultraschallsprechstunde für 3-D-Diagnostik
VK00	Ultraschallsprechstunde für Gewebedoppleruntersuchungen
VK23	Versorgung von Mehrlingen

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-6.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	435
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	12

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Herzkatheter-Labor

Ballondilatationen, Stent-Implantationen, Ductusverschluß, Schirmchenverschluß von Vorhof- und Kammerscheidewanddefekten, Endo-Myokardbiopsien

Angiographien	428
Interventionen	130
Behandlung von Frühgeborenen, Neugeborenen u. Säuglingen	81
EPU/Ablationen	38

(Fallzahlen aus 2016)

B-6.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	83
2	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	45
3	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	38
4	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	29
5	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	26
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	24
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	13
8	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	13
9	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	11
10	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	10

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel	169
2	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	65
3	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	56

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	51
5	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	51
6	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	38
7	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	31
8	8-838	Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	31
9	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	30
10	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping	30

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Poliklinik der Kinderkardiologie:
Insgesamt mehr als 5.000 Untersuchungen pro Jahr

Ambulanz für Herzrhythmusstörungen im Kindes- und Jugendalter

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Zentrum f. Kinder u. Jugendliche m. Wolf-Parkinson-White Syndrom, verborgenen akzessorischen Leitungsbahnen sowie AV-nodalen Reentry-Tachykardien u. Vorhof- bzw. Ventrikeltachykardien, genetisch bedingten Herzrhythmusstörungen vom Typ Long-QT-Syndrom, Brugada-Syndrom, arrhythmogenen Kardiomyopathien

Ambulanz für kardiovaskuläre Störungen bei Patienten mit nephrologischen Krankheitsbildern

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Wegen des Schwerpunktes für nephrologische Erkrankungen der Klinik für Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsklinik Köln in NRW, hat sich eine spezialisierte Betreuung von Patienten mit nephrologischen Erkrankungen und möglichen kardiovaskulären Befunden als Spezialambulanz etabliert.

Ambulanz für onkologische Patienten

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Wegen der überregional sehr aktiven Tätigkeit der Klinik für Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin im Bereich von Diagnose und Behandlung onkologischer Erkrankung, hat sich eine spezialisierte Betreuung von Patienten mit möglichen kardiovaskulären Befunden bei onkologischen Erkrankungen etabliert.

Pränatalsprechstunde
zusammen mit den Gynäkologen der Universitätsklinik Köln

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

In Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde wird eine hochspezialisierte Pränatalsprechstunde vorgehalten, die mit modernster Ausstattung, überwiegend Ultraschalldiagnostik, aber auch (selten) invasive Diagnostik mit bis hin zu intrauterinen Therapiemaßnahmen vorhält.

Schrittmachertherapie im Kindes- und Jugendalter

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Schrittmacherambulanz mit Abfragegeräten für alle Systeme aller gängigen Schrittmacherhersteller: Vorhof- und Ventrikel- u. kombinierte Vorhofventrikelstimulationssysteme sowie biventrikuläre Stimulation u. implantierbare automatische Kardioverter/ Defibrillatoren, implantierte Loop-Recorder

Sprechstunde für angeborene Herzfehler

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Die Sprechstunde für angeborene Herzfehler im Kindes- und Jugendalter verfügt über alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, angeborene oder erworbene Herz- und Gefäßkrankheiten abklären zu können.

Sprechstunde für angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Sprechstunde für Jugendliche und Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern mit dem Ziel einer zeitgemäßen, hochspezialisierten Betreuung in Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Radiologie bei der Schnittbilddiagnostik (CT, MRT) zur Visualisierung der komplexen kardiovaskulären Morphologie

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-6.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			5,94	73,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,94		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	4,81		
	- ambulant	1,13		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			5,18	83,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,18		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	4,19		
	- ambulant	0,99		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
	5 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderkardiologie, 3 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderintensivmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		0,60	725,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,60		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,00		
	- ambulant		0,60		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		17,90	24,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		17,90		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		16,14		
	- ambulant		1,76		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,07	406,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,07		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,91		
	- ambulant		0,16		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-7 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Arnulf Hölscher

Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns

B-7.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**viszeral-tumorchirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Allgemeine Chirurgie (1500) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor (bis 30.06.2016)	**Univ.-Prof. Dr. med. Arnulf Hölscher**
Telefon	0221 / 478 – 4801
Telefax	0221 / 478 – 4843
E-Mail	**arnulf.hoelscher@uk-koeln.de**
Klinikdirektorin (ab 01.07.2016)	**Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns**
Telefon	0221 / 478 – 4801
Telefax	0221 / 478 – 4843
E-Mail	**anke.kreusch@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Viszeralchirurgie

Das Spektrum der Klinik umfasst die Allgemeine Chirurgie mit Leisten- und Narbenhernien-, Weichteiltumoren-, Gallenblasen- und Schilddrüsenoperationen sowie Notfalloperationen wegen Blinddarmentzündungen, Darmverschluss oder Magen- bzw. Darmperforation, etc. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Tumorchirurgie, insbesondere der Tumoren des Magen-Darm-Traktes und der Leber.

Die Klinik ist das erste Deutsche Exzellenzzentrum für die Chirurgie der Speiseröhre und des Magens mit den höchsten Zahlen von Operationen wegen Speiseröhrenkrebs in Europa. Die Klinik ist ein zertifiziertes Darmzentrum und Pankreaszentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Transplantationschirurgie für Leber, Niere und Pankreas. Zum methodischen Spektrum der Klinik gehören die minimal invasive Chirurgie und die offene Chirurgie, die ja nach Benefit für den Patienten eingesetzt werden.

Ösophaguschirurgie

- bei Tumoren der Speiseröhre oder des gastroösophagealen Übergangs unter Einbeziehung von neoadjuvanten Therapiekonzepten mit Strahlen-/Chemotherapie bzw. Chemotherapie
- bei der gaströsophagealen Refluxkrankheit
- bei der Achalasie inklusive POEM (Perorale endoskopische Myotomie)
- bei Speiseröhrendivertikeln

Operationen bei Magenerkankungen

- bei Magenkarzinomen und bei gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) unter Einbeziehung von neoadjuvanten Therapiekonzepten
- bei gutartigen Magenerkrankungen

Leber- und Gallenwegschirurgie

- bei Lebermetastasen
- bei primären Lebertumoren (Leberresektion inkl. in situ split, Lebertransplantation, Mikrowellenablation und Radiofrequenzablation) sowie bildgestützter, parenchymsparender Leberchirurgie
- Gallenblasen- und Gallengangsoperationen

Pankreaschirurgie

- bei Pankreaskarzinom
- bei endokrinen Tumoren der Bauchspeicheldrüse und des Zwölf-Finger-Darms
- bei chronischer Pankreatitis

Operationen bei Erkrankungen des Dickdarms und Dünndarms

- bei Divertikulitis
- bei Kolonkarzinom
- bei Rektumkarzinomen unter Einbeziehung von neoadjuvanten Konzepten mit Strahlen-/Chemotherapie

- bei gutartigen Mastdarmerkrankungen
- bei entzündlichen Dünndarmerkrankungen

Proktologie

- Transanale endoskopische Mikrochirurgie bei Frühformen des Rektumkarzinoms oder gutartigen Tumoren
- Fistelbehandlung
- Hämorrhoidalleiden

Chirurgie des Retroperitoneums

- bei Weichteiltumoren im Rückraum des Bauches und bei Nebennierentumoren

Thoraxchirurgie

Die Thoraxchirurgie beinhaltet Operationen bei Tumoren der Lunge, der Pleura und des Mediastinums. Der Schwerpunkt liegt auf der Tumorchirurgie, die sich nicht nur im Rahmen der Ösophagusoperationen, sondern aufgrund gleicher onkologischer Grundprinzipien sehr gut mit der Chirurgie gastrointestinaler Tumoren ergänzt.

Es werden in enger inderdisziplinärer Zusammenarbeit mit der I. Medizinischen Klinik und der Klinik für Strahlentherapie und der Gastroenterologie neoadjuvante Radiochemotherapien und neoadjuvante Chemotherapien in der Behandlung der fortgeschrittenen thorakalen Tumoren eingesetzt.

Minimal invasive Verfahren

Minimal invasive Verfahren kommen heute in allen Bereichen der Chirurgie zum regelmäßigen Einsatz. Zum Teil werden Kombinationen mit offenen Verfahren als sogenannte Hybridverfahren ausgeführt.

- Laparoskopische/thorakoskopische Ösophagusresektionen
  Robotisch assistierte, thorakoskopische Ösophagusresektion
- Leiomyomenukleation aus der Ösophaguswand
- Myotomie und Thalsche Fundoplastik bei Achalasie
  Robotisch assistierte Hellersche Myotomie
- Laparoskopische Fundoplikatio
- Kombinierte endoskopisch-laparoskopische GIST-Tumorentfernung am Magen
- Laparoskopische Leberresektion
- Laparoskopische Pankreaslinksresektion
  Robotisch assistierte Pankreaslinksresektion
- Laparoskopische Nebennierenresektion
- Laparoskopische Hernienoperation
- Laparoskopische Gallenblasenoperation und Operation von Leberzysten
- Thorakoskopische Lungentumorresektionen
- Thorakoskopische Bullaabtragung mit Pleurothese beim rezidivierenden Pneumothorax und der Pleurodese maligner Pleuraergüsse
- Thorakoskopische Thymektomie (Entfernung der Thymusdrüse)
- Paravertebrale Neurinomentfernung

- Kombiniert laparoskopische, handassistierte Nierenentnahme bei Verwandten-Nierentransplantation

Chirurgische Onkologie

Die Chirurgische Onkologie beschäftigt sich insbesondere mit der multimodalen Therapie der gastrointestinalen Tumoren, der Weichteiltumoren, der Schilddrüsentumoren, der Tumoren der Lunge und des Mediastinums.

Ganz im Vordergrund unserer Bemühungen steht die neoadjuvante Radiochemotherapie oder Chemotherapie des Ösophaguskarzinoms, des Magenkarzinoms, des Kardiakarzinoms und des Rektumkarzinoms.

Die Chirurgie dieser vorbehandelten Tumoren ist anspruchsvoller als die primäre Resektion und sollte aus vielfach publizierten Gründen der Qualitätssicherung in den so genannten High Volume Zentren mit hohen Fallzahlen ausgeführt werden. Die radikale Lymphadenektomie ist dabei ein wesentlicher Bestandteil der Operationen nach der Induktionstherapie. Durch die radikale Lymphknotenentfernung werden prognostische Vorteile erreicht. Die Behandlung von Lebermetastasen oder primären Lebertumoren umfasst zum einen die Entfernung durch offene Operationen oder durch minimal invasive Operationen, zum anderen die Ergänzung oder alleinige Behandlung durch Mikrowellenablation oder Radiofrequenzablationen.

Das Universitätsklinikum ist ein von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkanntes Onkologisches Zentrum und die Chirurgie ist aufs engste verflochten mit dem Zentrum für integrierte Onkologie, in dem interdisziplinäre Therapiekonzepte erarbeitet werden. Es werden viermal wöchentlich Tumorboardkonferenzen durchgeführt. Dort werden Patienten mit speziellen Fragestellungen unter Zugrundelegung aller Befunde vorgestellt und interdisziplinär besprochen. Die im Konsens erreichte Empfehlung zum Beispiel zur neoadjuvanten oder adjuvanten Therapie wird dokumentiert und konsequent umgesetzt.

Durch diese Konzeption mit der Verfügbarkeit aller Tumorspezialisten in einer regelmäßigen Konferenz erhält der Patient kurzfristig eine zweite Meinung und eine aktuelle Empfehlung unter Berücksichtigung neuester Forschungsergebnisse aus allen beteiligten Fachgebieten.

Ein wichtiges Forschungsthema im Rahmen der neoadjuvanten Therapiekonzepte bleibt die Vorhersage des Ansprechens auf Strahlenchemotherapie oder Chemotherapie. Diese so genannte „Response Prediction“ ist ein wesentliches Forschungsthema zusammen mit anderen Fachgebieten.

Transplantation

Die Transplantationschirurgie umfasst die Leber, die Niere und das Pankreas. Bei der Nierentransplantation werden Verwandten-Nierentransplantationen ausgeführt, bei entsprechenden Voraussetzungen auch bei nicht-Blutgruppen-gleichen Empfängern und Spendern.

Endokrine Chirurgie

Durch die enge Kooperation mit der Nuklearmedizin und der II. Medizinischen Klinik nimmt die endokrine Chirurgie einen wichtigen Platz im Operationsspektrum der Klinik ein. Sie konzentriert sich im wesentlichen auf Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, aber auch auf endokrine Tumoren des Pankreas und der Nebennieren.

Durch die Verfügbarkeit des intraoperativen Neuromonitorings und Lupenbrilleneinsatz ist die sichere Präparation und Erhaltung der Recurrens-Nerven insbesondere bei Rezidiveingriffen und Schilddrüsentumoren zu erreichen.

Bei der Behandlung des Hyperparathyreoidismus durch eine Überfunktion der Nebenschilddrüsen dient die intraoperative Parathormonbestimmung zur Sicherung der Vollständigkeit der Entfernung von Drüsen mit Überfunktion.

Endoskopie

In der chirurgischen Endoskopie werden alle wichtigen diagnostischen, therapeutischen Verfahren durchgeführt. Dazu zählen auch die perorale endoskopische Myotomie bei Achalasie sowie alle gängigen Verfahren mit Stenteinlage, PEG, Polypabtragung, Radiofrequenzablation von Barrett-Ösophagus.

B-7.2 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-7.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC00	Proktologie
VC00	Schilddrüsenerkrankungen
VC00	Schluckstörungen (Dysphagie)
VC00	Speiseröhren-/Magenerkrankungen
VC58	Spezialsprechstunde
VC00	Transplantation
VC00	Tumorerkrankungen

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC60	Adipositaschirurgie
VC21	Endokrine Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC20	Nierenchirurgie
VC62	Portimplantation

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC25	Transplantationschirurgie
VC24	Tumorchirurgie

Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG07	Inkontinenzchirurgie

Thoraxchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC11	Lungenchirurgie
VC00	Lungenmetastasenoperationen
VC00	Lungentumoroperationen
VC59	Mediastinoskopie
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC00	Pneumothoraxoperationen
VC14	Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI20	Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR02	Native Sonographie
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Endosonographie

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-7.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.767
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	56

B-7.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C15	Speiseröhrenkrebs	293
2	C16	Magenkrebs	136
3	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	85
4	K35	Akute Blinddarmentzündung	64
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	57
6	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	55
7	K80	Gallensteinleiden	54
8	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	51
9	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	49
10	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	42
11	K40	Leistenbruch (Hernie)	41
12	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	40
13	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	39
14	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	38
15	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	35
16	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	32
17	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	30
18	Z52	Spender von Organen oder Geweben	30
19	C73	Schilddrüsenkrebs	24
20	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	23
21	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	19
22	E05	Schilddrüsenüberfunktion	16
23	K81	Gallenblasenentzündung	16
24	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	16
25	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	15
26	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	15
27	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	14

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
28	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	13
29	D34	Gutartiger Tumor der Schilddrüse	13
30	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	13

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	784
2	5-469	Sonstige Operation am Darm	343
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	303
4	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	293
5	5-426	Entfernung der gesamten Speiseröhre mit Wiederherstellung der Verbindung	176
6	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	164
7	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	160
8	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	158
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	153
10	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	150
11	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	133
12	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	131
13	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	130
14	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	116
15	5-449	Sonstige Operation am Magen	114
16	3-051	Ultraschall der Speiseröhre mit Zugang über den Mund	108
17	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	106
18	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	104
19	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	97
20	5-454	Operative Dünndarmentfernung	95
21	5-324	Operative Entfernung von ein oder zwei Lungenlappen	92
22	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	92
23	5-322	Operative Entfernung von Lungengewebe, ohne Beachtung der Grenzen innerhalb der Lunge	83
24	5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	82
25	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	75
26	5-502	Operative Entfernung eines oder mehrerer Lebersegmente	73
27	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	70
28	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	68

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
29	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	67
30	5-549	Sonstige Bauchoperation	67

Funktionsdiagnostik

Folgende Angaben wurden auf Wunsch der Fachabteilung in den Bericht als Ergänzung und zur besseren Darstellung des Leistungsumfangs aufgenommen. Diese Zählung umfasst alle durchgeführten Untersuchungen ohne Unterscheidung nach ambulant/stationär und sie ist nicht nach der OPS-Systematik differenziert.

Manometrie	124
24h pH-Metrie/Impedanzmessung	132
Restech-Messung	89
Bilitec-Messung	2

(Fallzahlen aus 2016)

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Transplantationsambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	45
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	14
3	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	13
4	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	7
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	5
6	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	5
7	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	5
8	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	4
9	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	4
10	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
11	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4
12	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
13	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	< 4
14	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	< 4
15	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	< 4
17	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	< 4
18	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
19	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4

B-7.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			22,07	80,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,07		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	18,71		
	- ambulant	3,36		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			14,57	121,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	14,57		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	12,35		
	- ambulant	2,22		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ09	Kinderchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Zusätzlich (nicht in der vorgegebenen Liste enthalten):

- UEMS Transplant Surgery (Europäischer Facharzt Transplantationschirurgie)
- Fellow of the European Board of Surgery (FEBS) Upper GI

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF26	Medizinische Informatik
ZF34	Proktologie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-7.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		45,92	38,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		45,92		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		45,92		
	- ambulant		0,00		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		7,00	252,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,00		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		7,00		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		5,33	331,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,33		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		2,74		
	- ambulant		2,59		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ08	Operationsdienst
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Jan Brunkwall

B-8.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**herzzentrum.uk-koeln.de/gefaesschirurgie**
§-301-Schlüssel	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie (1518) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Jan Brunkwall**
Telefon	0221 / 478 – 32498
Telefax	0221 / 478 – 32499
E-Mail	**jan.brunkwall@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Gefäßzentrum der Universität zu Köln behandelt alle Formen von sowohl arteriellen als auch venösen Leiden.

Besonders wird die endovasculäre und minimal-invasive Versorgung angewandt.

Carotisdesobliterationen werden in örtlicher Betäubung durchgeführt. In Fällen, bei denen sich ein Stentverfahren besser eignet, wird dieses eingesetzt.

Alle Arten von thoracalen- und thoraco-abdominellen Aneurysmen werden endovasculär versorgt und wenn die Anatomie es zulässt, auch Bogenaneurysmen. Eine langjährige Erfahrung im thorakalen Bereich besteht seit 1995 und im abdominellen Bereich seit 1993. Das minimal-invasive Verfahren mit Endoprothesen mit Seitenästen und geplanten Seitenlöchern in der Prothese wird bei Bedarf angewandt.

Die arteriellen Verschlusskrankheiten werden je nach Lokalisation entweder mit Ballondilatation und Stent-Verfahren oder mit einem Bypass behandelt. Die beste Methode wird für jeden Patienten genauestens ausgewählt.

Venöse Thrombosen werden in geeigneten Fällen operativ behandelt, sonst mit blutpfropf-lösenden Medikamenten.

Krampfadern werden ebenfalls mit minimal-invasiven Techniken inclusive Radiowellen behandelt, um das Gewebe zu schonen.

Ein weiteres Spektrum sind die arterio-venösen Malformationen, die sowohl operativ als auch endovasculär versorgt werden können.

Offen chirurgische und endovaskuläre Operation (TEVAR) von thorakalen Aortenaneurysmen

Offen chirurgische und endovaskuläre Operation (EVAR) von abdominellen Aortenaneurysmen, einschließlich fenestrierter Endostentprothesen und Endostentprothesen mit Seitenarmen

Offen chirurgische und endovaskuläre Operation von thorakoabdominellen Aortenaneurysmen (einschließlich Hybrid-Operation)

Operative Behandlung (offen oder endovaskuklär) von Dissektionen der thorakalen und abdominellen Aorta

Operative Behandlung des akuten Aortensyndroms (PAU)

Operative Therapie des Thoracic Outlet/Inlet Syndroms

Offen chirurgische und endovaskuläre operative Behandlung von Viszeralarterienaneurysmen

Operative Therapie der akuten und chronischen viszeralen Ischämie

Operative und endovaskuläre Behandlung von Nierenarterienstenosen

Operative und endovaskuläre Therapie der cerebrovaskulären Insuffizienz bei hochgradigen, asymptomatischen und symptomatischen Stenosen der Arteria carotis interna

Behandlung der vertebrobasilären Insuffizienz

Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung der peripheren arteriellen Verschlußkrankheit der oberen und unteren Extremitäten

Operative Therapie von Kompressionssyndromen der Arterien und Venen, der oberen und unteren Extremität, der abdominellen Gefäße und der oberen Thoraxapertur

Operative Therapie peripherer arterieller Aneurysmen

Behandlung akuter Extremitätenischämien

Operative und konservative Therapie der chronisch venösen Insuffizienz

Operative, endovenöse (Radiofrequenzablation) und konservative Therapie der primären und sekundären Stammvarikosis

Operative Therapie der Perforansveneninsuffizienz

Operative Therapie der retikulären Varikosis und der Besenreiservarikosis

Operative und konservative Therapie der tiefen Becken-/Beinvenenthrombose

Dialyseshuntchirurgie

Operative, interventionelle und konservative Therapie von Gefäßmalformationen, Angiodysplasien

Operative Therapie von Gefäßverletzungen

Rekonstruktive Gefäßchirurgie im Rahmen erweiterter Tumorchirurgie

Konservative und operative Therapie entzündlicher Gefäßerkrankungen

Therapie des Morbus Raynaud

Sympathikolysetherapie, Sympathektomie

B-8.2 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-8.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC20	Nierenchirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-8.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	952
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

B-8.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	248
2	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	219
3	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	143
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	97
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	66
6	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	31
7	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	28
8	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	22
9	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	12
10	I77	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern	8
11	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	7
12	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	5
13	I21	Akuter Herzinfarkt	5
14	A46	Wundrose - Erysipel	4
15	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	4
16	I83	Krampfadern der Beine	4
17	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	4
18	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
19	B37	Infektionskrankheit der Haut bzw. Schleimhäute, ausgelöst durch Kandida-Pilze	< 4
20	C16	Magenkrebs	< 4
21	C48	Krebs des Bauchfells (Peritoneum) bzw. des dahinter liegenden Gewebes (Retroperitoneum)	< 4
22	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	D68	Sonstige Störung der Blutgerinnung	< 4
24	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	< 4
25	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	< 4
26	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	< 4
27	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	< 4
28	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	< 4
29	Q27	Sonstige angeborene Fehlbildung des Blutgefäßsystems außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen	< 4
30	T87	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind	< 4

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	568
2	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	344
3	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	328
4	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	227
5	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	186
6	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	171
7	5-38f	Offene Operation zur Erweiterung oder Wiedereröffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefäßen mit einem Ballon	163
8	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	155
9	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	131
10	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	130
11	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	95
12	5-38d	Einpflanzen von Röhrchen (Stents) mit bedeckten Maschen und kleinem Durchmesser im Rahmen einer offenen Operation	71
13	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	57
14	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	52
15	5-382	Operative Entfernung von Blutgefäßen mit Verbindung der zwei Enden	49
16	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	38
17	9-984	Pflegebedürftigkeit	36
18	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	35

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	8-844	Einpflanzen von sich selbst ausdehnenden Röhrchen (Mikrostents) in Blutgefäße	32
20	8-842	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße	28
21	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	27
22	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	26
23	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	25
24	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	24
25	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	24
26	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	23
27	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	22
28	5-38c	Einpflanzen von Röhrchen (Stents) mit offenen Maschen und kleinem Durchmesser im Rahmen einer offenen Operation	19
29	5-383	Operative Entfernung und Ersatz von (Teilen von) Blutgefäßen	18
30	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	15

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Privatambulanz

Verlaufskontrollen n. Ops (z. B. Endostentprothesenimplantation), konservative u. operative Behandlung des diabetischen Fußsyndroms, Prostavasintherapie b. peripherer arterieller Verschlusskrankheit, Indikationssprechstunde für alle gefäßchirurgischen Erkrankungen einschl. der Lymphgefäße

Nr.	Angebotene Leistung
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC61	Dialyseshuntchirurgie
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC20	Nierenchirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	9
2	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	< 4
3	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	< 4
4	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	< 4
5	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	< 4

B-8.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			12,77	74,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,77		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	11,39		
	- ambulant	1,38		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,92	120,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,92		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	7,06		
	- ambulant	0,86		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

B-8.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		19,60	48,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		19,60		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		17,53		
	- ambulant		2,07		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		3,36	283,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,36		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		3,36		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,28	743,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,28		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,06		
	- ambulant		0,22		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ06	Master
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz

B-9 Zentrum für Neurochirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

Univ.-Prof. Dr. med. Veerle Visser-Vandewalle

B-9.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Neurochirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**neurochirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Neurochirurgie (1700) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Klinik und Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie** **Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner**
Telefon	0221 / 478 – 82789
Telefax	0221 / 478 – 82825
E-Mail	**roland.goldbrunner@uk-koeln.de**
Klinikdirektor	**Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie** **Univ.-Prof. Dr. med. Veerle Visser-Vandewalle**
Telefon	0221 / 478 – 4580
Telefax	0221 / 478 – 4581
E-Mail	**veerle.visser-vandewalle@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Zentrum für Neurochirurgie der Uniklinik Köln bietet die Therapie aller neurochirurgisch behandelbaren Krankheitsbilder an. Unser Zentrum verfügt über 80 Betten, hiervon umfasst die interdisziplinär betriebene neurochirurgische Intensivation 14 Betten. Pro Jahr werden ca. 3.500 Eingriffe in fünf Operationssälen durchgeführt.

Um eine maximale Behandlungsqualität zu erreichen, ist das Zentrum strukturiert in die Klinik für Allgemeine Neurochirurgie und die Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie. Durch die Aufgabenverteilung auf zwei Kliniken wird eine größtmögliche Expertise in der Behandlung der unten angeführten Krankheitsbilder erreicht.

Eine wichtige Aufgabe unseres Zentrums ist die Gewährleistung einer qualitativ höchstwertigen Weiterbildung für junge Neurochirurgen. Dies wurde mit der erfolgreichen Akkreditierung zu einem europäischen Weiterbildungszentrum durch die European Associaton of Neurosurgical Societies am 08.09.2016 honoriert.

Klinik für Allgemeine Neurochirurgie

Klinikdirektor

Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

Telefon 0221 / 478 – 82789
Telefax 0221 / 478 – 82825
roland.goldbrunner@uk-koeln.de

Aufgabe der Klinik für Allgemeine Neurochirurgie ist die operative Behandlung von Erkrankungen im Bereich des Gehirns, der Wirbelsäule, des Rückenmarks und der Nerven.

Als Klinik der Maximalversorgung arbeiten wir mit einem umfangreichen Angebot an Diagnose- und Therapieverfahren auf dem neuesten Stand von Forschung und Technik. Eine Abstimmung der Behandlung auf den einzelnen Patienten und eine spezifische Förderung des Heilungsprozesses sind uns wichtig.

Das Zentrum für Neurochirurgie kooperiert im Bereich der Neuroonkologie sehr eng mit den Kliniken für Strahlentherapie, der Klinik für Neurologie, der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, der Abteilung für Neuroradiologie, der Abteilung für Neuropathologie und der 1. Medizinischen Klinik im Rahmen des CIO wie auch mit dem Zentrum für Palliativmedizin. Unseren neuroonkologischen Patienten können wir zusammen mit der Klinik für Strahlentherapie auch Cyber-Knife-Therapien anbieten.

Als Teil des Zentrums für Neurochirurgie ermöglichen kurze Wege und effiziente Zusammenarbeit mit unserer Nachbar-Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie eine umfassende medizinische und pflegerische Versorgung.

- Gesamtgebiet der Neurochirurgie

Operativ behandelbare Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks und der Nerven sowie der angeborenen degenerativen, tumorösen und verletzungsbedingten Veränderungen der Wirbelsäule und des Schädels sowie diagnostische Eingriffe an Muskeln und Nerven

- Onkologische Neurochirurgie (Schwerpunkt der Klinik)

Tumoren des Gehirns, der Schädelbasis und des Rückenmarks. Unsere sehr erfolgreiche Arbeit auf diesem Gebiet führte 2013 zu einer Zertifizierung als neuroonkologisches Tumorzentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

- Vaskuläre Neurochirurgie

Gefäßmißbildungen des Zentralnervensystems (in Kooperation mit der Abteilung für Neuroradiologie auch kombiniert endovaskuläre/operative Verfahren)

- Wirbelsäulenchirurgie

Degenerative, traumatische und onkologische Erkrankungen (z. T. in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie)

- Therapie von Liquorzirkulationsstörungen

Hydrocephalus und sonstige angeborene und erworbene Fehlbildungen des kranialen und spinalen Liquorsystems (offene, ableitende und endoskopische Verfahren)

- Neurotraumatologie und Neurochirurgische Intensivmedizin

Eine Neurochirurgische Intensivstation mit 15 Betten wird gemeinsam mit den Kollegen der Anästhesie vorgehalten zur Komplexbehandlung von Patienten mit schwerem Schädel-Hirntrauma, Hirnblutungen oder anderen schweren Erkrankungen des ZNS.

- Pädiatrische Neurochirurgie

Kinderneurochirurgie: Fehlbildungen, Tumoren, Schädelfehlbildungen (in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie)

- Neurochirurgische Frührehabilitation

(in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie)

Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie

Klinikdirektorin

Univ.-Prof. Dr. med. Veerle Visser-Vandewalle

Telefon 0221 / 478 – 4580
Telefax 0221 / 478 – 4581
veerle.visser-vandewalle@uk-koeln.de

Die Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie vertritt mit ihrer Hochspezialisierung sowohl innerhalb, als auch über das Gebiet der Neurochirurgie hinaus alle Aspekte dieser Fachrichtung sowohl klinisch, als auch wissenschaftlich.

- Tiefe Hirnstimulation

Als eines der weltweit führenden Zentren werden routinemäßig mit hoher Frequenz stereotaktisch geführte Implantationen von Hirnelektroden zur tiefen Hirnstimulation bei Bewegungsstörungen wie Morbus Parkinson, Dystonie und Tremor, zusammen mit der Klinik für Neurologie, durchgeführt.

In zunehmendem Maße werden auch Patienten mit Schmerzen sowie Patienten mit therapierefraktären Angst- und Zwangserkrankungen mittels tiefer Hirnstimulation behandelt, letztere in Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie.

- Hirntumor-Biopsien

Hirntumore werden mittels stereotaktisch geführter Biopsie histopathologisch gesichert.

- Brachytherapie

In speziellen Fällen werden tief sitzende Tumore (max. Durchmesser 4-5 cm) mittels Implantation von radioaktiven Strahlenquellen (Jod-125-Seeds) behandelt.

In ähnlicher Weise werden zystische Tumore wie Kraniopharyngeome durch Instillation von flüssigen Radiokolloiden (Phosphor- 32) hocheffektiv und mit geringen Risiken therapiert.

Zur Weiterbehandlung werden interdisziplinär Behandlungskonzepte entwickelt und im Rahmen der engen Kooperation mit dem CIO Köln umgesetzt und nachgesorgt.

- Radiochirurgie: LINAC, Cyberknife

Ein weiterer traditioneller Aufgabenbereich ist die Durchführung der Radiochirurgie (stereotaktische Einzeit-Hochpräzisionsbestrahlung) von Hirnmetastasen, gutartigen Schädelbasistumoren und arterio-venösen Gefäßmissbildungen. Diese Behandlungen werden in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Strahlentherapie im Hause durchgeführt.

- Behandlung von chronischen Schmerzsyndromen und Spastik

Zur Behandlung von chronischen Schmerzsyndromen und Spastik bietet die Klinik multimodale Therapiekonzepte an, bestehend aus der Implantation von Spinalelektroden (epidural) zur Neuromodulation (Spinal Cord Stimulation, S.C.S.) und/oder Implantation von Pumpensystemen zur intrathekalen Medikamentengabe.

Die Klinik verfügt über die modernste stereotaktische Operationsabteilung Deutschlands, einen ausschließlich für intraoperative Bildgebung modifizierten 1,5 T-Kernspintomographen sowie eine Gruppe hochspezialisierter Medizinphysik-Experten, die die Qualitätssicherung der stereotaktischen und radiochirurgischen Eingriffe klinisch und wissenschaftlich begleiten.

B-9.2 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-9.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
	Interdisziplinäre Versorgungen von komplexen degenerativen und traumatischen Schäden der Wirbelsäule und von Tumoren der Wirbelsäule zum Teil in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
	Interdisziplinäre Versorgung von Hirngefäßerkrankungen mit den Abt. für Neuroradiologie und der Klinik und Poliklinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
	Operative Versorgung von Hirntumoren unter Einsatz von neurophysiologischem und neuropsychologischem Monitoring, intraoperativem Ultraschall, fluoreszensgestützte Tumorexstiraption und Neuronavigation, interdisziplinäre Versorgung von Hirntumoren im Rahmen des Zentrums für Neurochirurgie
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
	Operative Versorgung von intraspinalen Tumoren unter neurophysiologischem Monitoring
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
	Versorgung von Schädelfehlbildungen in Kooperation mit der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen auf der Neurochirurgischen Intensivstation (insgesamt 15 Beatmungsbetten) in Kooperation mit dem Zentrum für Intensiv- und Notfallmedizin
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
VC00	Interstitielle Brachytherapie sowie Strahlenchirurgie
	Gehirntumoren
VC70	Kinderneurochirurgie
VC00	Läsionelle funktionelle Neurochirurgie
VC00	Schmerztherapie
	Medikamentenpumpen, Neurostimulatoren
VC00	Stereotaktische Tiefenhirnstimulation
	M. Parkinson, Angst- und Zwangskrankheiten
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Strahlentherapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-9.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.785
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	80

B-9.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	349
2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	263
3	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	188
4	S06	Verletzung des Schädelinneren	186
5	C71	Gehirnkrebs	181
6	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	179
7	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	177
8	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	114
9	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren *	110
10	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	95
11	G50	Krankheit des fünften Hirnnervs	82
12	D33	Gutartiger Hirntumor, Hirnnerventumor bzw. Rückenmarkstumor	65
13	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	59
14	G20	Parkinson-Krankheit	58
15	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	54
16	G91	Wasserkopf	53
17	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	36
18	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	35
19	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	32
20	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	30
21	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	26
22	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	22
23	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	19
24	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	18
25	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	14
26	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	13

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
27	G57	Funktionsstörung eines Nervs am Bein bzw. am Fuß	13
28	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	13
29	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	12
30	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	12

T85 = Komplikationen (überwiegend Revision/ Austausch bei Implantaten aufgrund von Verschleißerscheinungen, technischen Defekten oder bei Erschöpfung der Batteriekapazität)

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-010	Operative Schädeleröffnung über das Schädeldach	1.225
2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	1.076
3	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	732
4	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	652
5	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	637
6	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	482
7	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	482
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	473
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	382
10	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	372
11	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	368
12	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	343
13	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	342
14	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	250
15	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	248
16	5-038	Operation an den Hirnwasserräumen im Rückenmarkskanal	246
17	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	243
18	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	238
19	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	237
20	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	229
21	9-984	Pflegebedürftigkeit	228
22	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	213
23	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	178

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
24	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremdteilen wie Mess-Sonden oder Medikamentenpumpen	168
25	5-029	Sonstige Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten	166
26	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	162
27	8-925	Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems während einer Operation	153
28	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknoten	151
29	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	149
30	5-014	Computergesteuerte Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten unter Röntgenkontrolle	145

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ III) Neurochirurgie und Humangenetik

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Das MVZ III umfasst die Fachbereiche Neurochirurgie und Humangenetik. Die Räumlichkeiten liegen in der Pan-Klinik am Neumarkt, Zeppelinstr. 1.

Nr.	Angebotene Leistung
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Neuroonkologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

Neuroonkologische und radiochirurgische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Abklärung von Operationsindikationen auf dem Gesamtgebiet der Neurochirurgie, poststationäre Verlaufskontrollen

Nr.	Angebotene Leistung
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Privatambulanz

Privatambulanz

Sprechstunde für Pädiatrische Neurochirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Behandlung von neurochirurgischen Krankheitsbildern bei Kindern, Spezialsprechstunde für Schädelfehlbildungen in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie und für Mund-, Kiefer und plastische Chirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC58	Spezialsprechstunde

Sprechstunde für Patienten mit Bewegungsstörungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Sprechstunde für Patienten mit Schmerz- und Spastiksyndromen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	10
2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	5
3	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	5

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	< 4
5	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	< 4
6	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	< 4
7	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nervs	< 4
8	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	< 4

B-9.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			38,53	72,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	38,53		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	36,66		
	- ambulant	1,87		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			133,70	20,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,83		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	19,83		
	- ambulant	1,00		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ41	Neurochirurgie
AQ42	Neurologie
AQ50	Physiologie
	Neurophysiologie
AQ58	Strahlentherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-9.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		86,34	32,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		85,24		
	- indirekt		1,10		
Versorgungsbereich	- stationär		86,34		
	- ambulant		0,00		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		5,40	515,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,40		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		5,40		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,88	1.481,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,88		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,53		
	- ambulant		0,35		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers

B-10.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**herzzentrum.uk-koeln.de/herz-und-thoraxchirurgie**
§-301-Schlüssel	Herzchirurgie (2100) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers**
Telefon	0221 / 478 – 32508
Telefax	0221 / 478 – 32509
E-Mail	**thorsten.wahlers@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie vertritt das Fachgebiet Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie und die fachspezifische, herzchirurgische Intensivmedizin.

Die Klinik verfügt auf dem Campus über 50 Normalpflegebetten und eine fachspezifische Intensivpflegestation mit 24 Intensivpflege- und Beatmungsplätzen. Integriert ist eine Intensivpflegeeinheit für Herz- und Lungentransplantations-Patienten. Zusätzlich wird in der CardioCliniC Köln als Dependence in Köln-Kalk eine operative Einheit mit zusätzlicher Intensivstation genutzt.

Insgesamt werden jährlich über 3.800 Operationen durchgeführt, davon etwa 1.800 mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine. Die Klinik verfügt über zwei Laboreinrichtungen im Operationsbereich und im intensivmedizinischen Bereich.

Spezielle operative Schwerpunkte der Klinik sind die Kinderherzchirurgie, die operative Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlen und die Thoraxchirurgie.

Daneben werden in Kooperation mit Frau Prof. Dr. A. Sterner-Kock, Leiterin des Institut für Experimentelle Medizin, in den Operationssälen der Experimentellen Medizin Großtierversuche von unseren Operateuren in 5 Forschungsgruppen durchgeführt. Seit 2006 besteht zusätzlich unser Labor zur Stammzellforschung unter der Leitung von Prof. Dr. med. Choi, in dem Grundlagenforschung zur „Kardialen Regeneration“ erfolgt.

B-10.2 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-10.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC62	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
VC24	Tumorchirurgie

Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC07	Herztransplantation
VC01	Koronarchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC05	Schrittmachereingriffe

Thoraxchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC00	Behandlung von Thoraxdeformitäten
VC11	Lungenchirurgie
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie

B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-10.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.585
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	89

B-10.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	519
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	476
3	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	343
4	I21	Akuter Herzinfarkt	303
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	141
6	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	124
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	71
8	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	61
9	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	56
10	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	52
11	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	37
12	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	36
13	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	28
14	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	24
15	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	20
16	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	15
17	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen - Pneumothorax	13
18	Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände als einer Krebskrankheit	13
19	J84	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge	11
20	J98	Sonstige Krankheit der Atemwege	11
21	C38	Krebs des Herzens, des Mittelfells (Mediastinum) bzw. des Brustfells (Pleura)	10

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	10
23	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	8
24	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	8
25	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	8
26	J86	Eiteransammlung im Brustkorb	8
27	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	8
28	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	7
29	I50	Herzschwäche	7
30	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	6

Die Fallzahlen sind den entlassenden Abteilungen zugeordnet, wodurch vor allem die Fallzahlen der Kinderherzchirurgie deutlich von den Operationszahlen abweichen.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	2.248
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.798
3	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	1.319
4	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	616
5	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	547
6	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	387
7	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	374
8	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	286
9	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	286
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	236
11	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen - Valvuloplastik	221
12	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	221
13	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	207
14	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	172
15	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	170
16	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	163
17	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	154

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	129
19	5-346	Wiederherstellende Operation an der Brustwand	127
20	5-371	Operative Beseitigung oder Durchtrennung des erregungsleitenden Gewebes im Herzen bei schnellem und unregelmäßigem Herzschlag	122
21	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	113
22	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	102
23	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	89
24	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	83
25	5-356	Wiederherstellende Operation an der Herzscheidewand (bei angeborenen Herzfehlern)	82
26	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	82
27	8-852	Behandlung mit einer Herz-Lungen-Maschine zur Anreicherung von Sauerstoff im Blut außerhalb des Körpers - ECMO bzw. prä-ECMO-Therapie	74
28	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehensgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	73
29	5-38b	Entnahme von Blutgefäßen zur Verpflanzung (Transplantation) im Rahmen einer Spiegelung	72
30	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	71

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Herz- und Lungentransplantationsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC07	Herztransplantation

Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC01	Koronarchirurgie
VC11	Lungenchirurgie
VC08	Lungenembolektomie

Nr.	Angebotene Leistung
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

Schrittmacherambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC05	Schrittmachereingriffe

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-10.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			50,49	51,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	49,52		
	- indirekt	0,97		
Versorgungsbereich	- stationär	49,67		
	- ambulant	0,82		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			24,87	103,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	24,29		
	- indirekt	0,58		
Versorgungsbereich	- stationär	24,52		
	- ambulant	0,35		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ01	Anästhesiologie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ23	Innere Medizin

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ12	Thoraxchirurgie

Weiterbildungsermächtigung

- Allgemeinmedizin (1 Jahr)
- Basischirurgie (2 Jahre)
- Herzchirurgie (4 Jahre)
- Thoraxchirurgie (4 Jahre)
- Spezielle Intensivmedizin (1 Jahr)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

Zertifikat „Chirurgie angeborener Herzfehler“ der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Zertifikat „Kathetergestützte Aortenklappentherapie der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Zertifizierung TAVI-Behandlung (Transvaskuläre Aortenklappenimplantation) – Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK)

Zertifikat „Transplantationschirurgie der thorakalen Organe“ der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG)

Zertifikat „Herzschrittmacher-, ICD- und CRT-Therapie“: Modul 1 – 3

B-10.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		134,83	19,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		134,61		
	- indirekt		0,22		
Versorgungsbereich	- stationär		134,83		
	- ambulant		0,00		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		0,50	5.170,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,50		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,50		
	- ambulant		0,00		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		9,72	265,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		9,72		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		9,72		
	- ambulant		0,00		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,67	3.858,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,67		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,60		
	- ambulant		0,07		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ06	Master
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP22	Atmungstherapie
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-11 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Axel Heidenreich

B-11.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**urologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Urologie (2200) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Axel Heidenreich**
Telefon	0221 / 478 – 82108
Telefax	0221 / 478 – 82371
E-Mail	**axel.heidenreich@uk-koeln.de**

Am 01.05.2016 wurde der Name der Fachabteilung von Klinik und Poliklinik für Urologie zu Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie geändert.

Kurzportrait

Die Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie der Uniklinik Köln hält alle modernen Methoden der Urologie einschließlich Green Light Laser Verfahren, endourologischer Eingriffe und ESWL vor. Die Klinik bildet Schwerpunkte in den Bereichen:

- Allgemeine Urologie
- Uro-Andrologie/Sexualität
- Kinderurologie
- Urologie der Frau/Neurourologie
- Uro-Onkologie
- Mikro-Chirurgie
- Roboter-assistierte Chirurgie
- Rekonstruktive Urologie des Ureters und der Urethra
- Plastisch-rekonstruktive geschlechtsangleichende Operationen

Für all diese Bereiche werden in der urologischen Poliklinik Spezialsprechstunden angeboten, darüber hinaus gibt es spezielle Sprechstunden für türkisch/russisch/ arabisch sprechende Patienten in deren Muttersprache. In der Lehre nimmt die Urologische Klinik an den modernen Studienkonzepten teil, in der Forschung gehört die Klinik zum ersten Viertel der deutschen Universitätskliniken, gemessen an Publikationsparametern.

B-11.2 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-11.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU00	Andrologie
VU00	Chemotherapie
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU00	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
VU00	HDR- und LDR-Brachytherapie
VU08	Kinderurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU00	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
	seit 2013 Deutsche Kontinenzgesellschaft
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU00	Prostatakrebszentrum
	DKG ab Oktober 2016 (Deutsche Krebsgesellschaft)
VU17	Prostatazentrum
	DVPZ seit 2012 (Dachverband der Prostatazentren)
VU00	Roboter-assistierte Chirurgie
VU00	Sexualmedizin
VU14	Spezialsprechstunde
VU13	Tumorchirurgie

B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal
	Türkisch, Russisch, Arabisch

B-11.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.430
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	41

B-11.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Prostatakrebs	484
2	C67	Harnblasenkrebs	310
3	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	155
4	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	135
5	C62	Hodenkrebs	121
6	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	118
7	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	105
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	75

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	62
10	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	54
11	N30	Entzündung der Harnblase	49
12	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	39
13	R77	Sonstige Veränderung der Bluteiweiße	38
14	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	37
15	N35	Verengung der Harnröhre	33
16	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	32
17	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	30
18	N48	Sonstige Krankheit des Penis	27
19	C60	Peniskrebs	26
20	C65	Nierenbeckenkrebs	26
21	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	26
22	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	23
23	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	21
24	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	19
25	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	18
26	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	18
27	C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	17
28	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	17
29	C66	Harnleiterkrebs	16
30	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	15

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	703
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	636
3	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	615
4	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	362
5	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	320
6	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	250

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	235
8	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	205
9	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	198
10	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	196
11	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	186
12	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	171
13	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	164
14	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	138
15	5-552	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Niere	103
16	5-469	Sonstige Operation am Darm	91
17	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	91
18	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	87
19	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	86
20	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	84
21	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	82
22	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	76
23	9-984	Pflegebedürftigkeit	73
24	5-554	Operative Entfernung der Niere	71
25	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	55
26	5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	53
27	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	53
28	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	53
29	5-576	Operative Entfernung der Harnblase - Zystektomie	49
30	5-622	Operative Entfernung eines Hodens	47

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Urologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	366
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	334
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	48
4	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	23
5	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	20
6	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	< 4
7	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
8	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
9	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	< 4
10	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	< 4
11	5-581	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges	< 4
12	5-582	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	< 4
13	5-612	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodensackes	< 4
14	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	< 4

B-11.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			13,70	177,37
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,70		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	11,15		
	- ambulant	2,55		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,86	274,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,86		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	7,21		
	- ambulant	1,65		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF04	Andrologie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie

B-11.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		19,22	126,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		18,94		
	- indirekt		0,28		
Versorgungsbereich	- stationär		19,22		
	- ambulant		0,00		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		3,92	619,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,92		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		3,92		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,54	4.500,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,54		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,41		
	- ambulant		0,13		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ08	Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz

B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel

B-12.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**orthopaedie-unfallchirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Orthopädie (2300) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel**
Telefon	0221 / 478 – 4601
Telefax	0221 / 478 – 7045
E-Mail	**peer.eysel@uk-koeln.de**
Stellvertretender Direktor Leiter Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchir.	**Univ. Prof. Dr. med. Lars Müller**
Telefon	0221 / 478 – 4802
Telefax	0221 / 478 – 4835
E-Mail	**lars.mueller@uk-koeln.de**

Kurzportrait

In der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie wird das gesamte Spektrum der Erkrankung und Verletzung des Muskuloskelettalsystems behandelt. Neben dem Schwerpunkt Unfall-Hand-und Ellenbogenchirurgie stellen die Wirbelsäulenchirurgie, die Endoprothetik, Tumorchirurgie und Kinderorthopädie die Hauptbereiche der Klink dar.

Die Klinik verfügt über 106 Betten. Zusätzlich werden die Patienten auf der interdisziplinären Intensivstation durch eigene ärztliche Mitarbeiter betreut. Die ambulante Patientenversorgung erfolgt in mehreren Spezialsprechstunden und einer allgemeinen Poliklinik.

In der zentralen Notaufnahme der Universitätsklinik Köln ist mindestens ein ärztlicher Mitarbeiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie über 24 Stunden präsent.

Orthopädie und Unfallchirurgie betreiben ein eigenes Zentrum für Klinische Studien (ZKS) und stellen einen maßgeblichen Partner des Forschungsverbundes muskuloskelettaler Erkrankungen dar.

Die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ist als EndoProthetikZentrum (EPZ) zertifiziert.

Bereich Orthopädie

Leitender Oberarzt Orthopädie

Dr. med. Kourosh Zarghooni

Telefon 0221 / 478 – 7945
Telefax 0221 / 478 – 6060
kourosh.zarghooni@uk-koeln.de

Wirbelsäulenchirurgie

HWS/BWS/LWS - gesamtes Spektrum mit dorsoventralen Eingriffen, Navigation/ Mikrochirurgie/Endoskopie, Skoliose-Chirurgie

Endoprothetik/Revisionsendoprothetik/Minimal-invasive Endoprothetik

Hüft-, Knie-, Schultergelenk-Endoprothetik

Operation von Knochentumoren und Weichteiltumoren, rekonstruktive Tumor-Orthopädie

(Tumororthopädie: Interdisziplinäres Tumorboard innerhalb des Centrum für Integrierte Onkologie (CIO))

Kinderorthopädie

Hüftdysplasie, Klumpfuß, Extremitätendeformität

Computernavigierte Operationen

Arthroskopie

Gelenkspiegelung von Kniegelenk, Schultergelenk, Sprunggelenk, inkl. arthroskopischer Eingriffe

Korrektureingriffe zur Verlängerung bzw. Verkürzung bzw. Achsenänderung an Gliedmaßen

Rheuma-Orthopädie

Schwerpunkt Unfallchirurgie

Leitender Oberarzt Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie

Dr. med. Christoph Faymonville

Telefon 0221 / 478 – 0
Telefax 0221 / 478 – 4835
christoph.faymonville@uk-koeln.de

Behandlung von Unfallverletzungen und Folgen von Unfallschäden, Schwerst- und Mehrfachverletzungen mit Intensivbehandlungsbedürftigkeit, operative und nicht-operative Bruchbehandlung am gesamten Skelett einschließlich Brustkorb, Wirbelsäule, Hüftpfanne und Becken, Weichteilwiederherstellung nach unfallbedingten Defekten, Handchirurgie und Mikrochirurgie, Computer-navigierte Operationen, Arthroskopie (Gelenkspiegelung) aller großen Gelenke einschließlich arthroskopischer Operationen und Bandersatzoperationen

Künstlicher Gelenkersatz, Korrektureingriffe zur Verlängerung, Verkürzung und Achsenänderung an Gliedmaßen, Muskelersatzoperationen nach Nervenschäden. Knochentumoren und Weichteiltumoren an den Gliedmaßen, Knochenersatz-operationen nach unfallbedingten und tumorbedingten Knochendefekten

Federführendes Management bei polytraumatisierten Patienten, chirurgische Intensivmedizin, Kinderunfallchirurgie, Arbeitsunfälle (berufsgenossenschaftliches Heilverfahren), schwerverletzte Arbeitsunfälle (Verletzungsartenverzeichnis, sog. „§-6-Fälle“), Rehabilitation, Begutachtung

Ein Schwerpunkt unserer Abteilung ist die 3D-navigierte dorso-ventrale Stabilisierung von Wirbelsäulenverletzten, insbesondere der Halswirbelsäule (HWS) und der oberen Brustwirbelsäule (BWS).

B-12.2 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-12.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC63	Amputationschirurgie
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC16	Handchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC19	Schulterchirurgie
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Sonstige medizinische Bereiche

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Sozialpädiatrisches Zentrum

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC66	Arthroskopische Operationen
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO12	Kinderorthopädie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO13	Spezialsprechstunde
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
VO00	Tumororthopädie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

B-12.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-12.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.950
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	106

B-12.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	169
2	M54	Rückenschmerzen	164
3	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	138
4	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	122
5	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	113
6	S52	Knochenbruch des Unterarmes	110
7	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	104
8	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	101
9	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	93
10	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	88
11	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	87
12	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	77
13	S06	Verletzung des Schädelinneren	74
14	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	72
15	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	62
16	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	62
17	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	55
18	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	50
19	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	45
20	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	43

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	40
22	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	39
23	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	31
24	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	30
25	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung - Osteomyelitis	29
26	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	28
27	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	26
28	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	25
29	M41	Seitverbiegung der Wirbelsäule - Skoliose	24
30	S86	Verletzung von Muskeln bzw. Sehnen in Höhe des Unterschenkels	24

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	1.152
2	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	665
3	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	596
4	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	496
5	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	479
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	453
7	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	405
8	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	394
9	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	359
10	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	325
11	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	304
12	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	276
13	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	269
14	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	264
15	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	260
16	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	239

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	231
18	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	222
19	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	215
20	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	213
21	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	197
22	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	168
23	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	166
24	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	158
25	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	153
26	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	151
27	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	150
28	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	147
29	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	146
30	1-503	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt	141

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Poliklinik für Allgemeine Orthopädie und Unfallchirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialsprechstunden für BG, Endoprothetik, Kinderorthopädie, Kindertraumatologie, Tumororthopädie, unfallbedingte Handverletzungen u. chronische Handerkrankungen, Schulter- u Ellenbogengelenk, Spezielle Wirbelsäulensprechstunde, unfallbedingte Wirbelsäulenverletzungen

Nr.	Angebotene Leistung
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO12	Kinderorthopädie
VO17	Rheumachirurgie

Privatambulanz

Privatambulanz

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	105
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	22
3	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	19
4	5-841	Operation an den Bändern der Hand	17
5	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	14
6	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	14
7	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	11
8	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	9
9	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	6
10	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	6
11	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	4
12	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
13	5-044	Nähen der äußeren Hülle eines Nervs bzw. Nervengeflechtes unmittelbar nach der Verletzung	< 4
14	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	< 4
15	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	< 4
16	5-79a	Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung von außen und Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
17	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4
18	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	< 4
19	5-846	Operative Versteifung von Gelenken an der Hand außer am Handgelenk	< 4
20	5-847	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Gelenke an der Hand außer am Handgelenk	< 4
21	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 4
22	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
23	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
24	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	< 4
25	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
26	5-898	Operation am Nagel	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
28	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4

B-12.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

In dieser Fachabteilung ist sowohl ein Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung, als auch eine stationäre BG-Zulassung vorhanden.

Der Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie ist am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) beteiligt.

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			23,89	123,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	23,89		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	19,93		
	- ambulant	3,96		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,43	282,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,43		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	8,81		
	- ambulant	1,62		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF12	Handchirurgie
ZF19	Kinder-Orthopädie
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF27	Naturheilverfahren

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

B-12.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		61,51	47,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		60,63		
	- indirekt		0,88		
Versorgungsbereich	- stationär		51,81		
	- ambulant		9,70		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		7,20	409,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,20		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		7,20		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		3,15	936,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,15		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		2,38		
	- ambulant		0,77		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mallmann

B-13.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**frauenklinik.uk-koeln.de** **www.brustkrebsschwerpunkt-koeln.de** **www.gynaekologisches-krebszentrum-koeln.de** **www.zentrum-familiaerer-brustkrebs.de**
§-301-Schlüssel	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mallmann**
Telefon	0221 / 478 – 4940
Telefax	0221 / 478 – 4929
E-Mail	**peter.mallmann@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Geburtshilfe

Betreuung von Riskoschwangerschaften, Perinatalzentrum, Neonatologisches Zentrum, Pränataldiagnostik, Fetalmedizin

Pränataldiagnostik

Intrauterine Therapie, Perinatalzentrum, Betreuung von Risikoschwangerschaften

Reproduktionsmedizin

IVF und ICSI-Zentrum, Kryokonservierung von Spermien, Eizellen, Vorkernstadien und Eierstockgewebe

Gynäkologische Endokrinologie

Haut- und Haarsprechstunde, Menopausensprechstunde, Blutungsstörungen

Gynäkologisches Krebszentrum

www.gynaekologisches-krebszentrum-koeln.de

Schwerpunkt Endometrium-, Zervix-, Vulva- und Ovarialkarzinome. Ambulante Chemotherapie, Immuntherapie

Minimal invasive Chirurgie

Laparoskopische Hysterektomie, Myomenukleationen, Lymphonodektomien, hysteroskopische Operationen

Korrektur angeborener Fehlbildungen der Gebärmutter bei Kinderwunsch, Operationen bei Kinderwunsch, Urogynäkologische Operationen

Beckenboden-Zentrum

Urodynamischer Messplatz, alle Verfahren der konservativen und operativen Therapie Schwerpunkt: Rezidivoperationen, Therapie der Dranginkontinenz

Brustzentrum

www.brustkrebsschwerpunkt-koeln.de

Operative und medikamentöse Therapie des Mammakarzinoms und seiner Vorstufen, wiederherstellende und kosmetische Chirurgie (Reduktions- und Augmentations-operationen, formverändernde Operationen)

Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

www.zentrum-familiaerer-brustkrebs.de

Myomzentrum

Mediakamentöse Myomtherapie, operative Myomtherapie durch Gebärmutter-spiegelung oder Bauchspiegelung, Uterusarterienembolisation (UAE) und Myomtherapie durch MRT-gesteuerten fokussierten Ultraschall (MR-HIFU)

B-13.2 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-13.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG19	Ambulante Entbindung
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG05	Endoskopische Operationen
VG00	Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG17	Reproduktionsmedizin
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie

B-13.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-13.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	6.026
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	75

B-13.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.344
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	410
3	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	375
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	268
5	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	254
6	C50	Brustkrebs	229
7	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	153
8	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	153
9	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	145
10	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	143
11	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	120
12	P22	Atemnot beim Neugeborenen	90
13	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	87
14	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	77
15	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	72
16	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	72
17	C56	Eierstockkrebs	61
18	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	57
19	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	55
20	O44	Fehllage der Plazenta vor dem Muttermund	54
21	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	54
22	O62	Ungewöhnliche Wehentätigkeit	51
23	O30	Mehrlingsschwangerschaft	50
24	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	50
25	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit bzw. Entbindung	48
26	O04	Abtreibung	47
27	O41	Sonstige Veränderung des Fruchtwassers bzw. der Eihäute	42
28	C54	Gebärmutterkrebs	40
29	C53	Gebärmutterhalskrebs	39
30	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	38

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	2.201
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.240
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	831
4	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	668
5	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	398
6	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	213
7	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	177
8	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	169
9	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	162
10	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	152
11	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	139
12	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	136
13	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	124
14	5-469	Sonstige Operation am Darm	122
15	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	120
16	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	111
17	5-672	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses	100
18	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	94
19	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	92
20	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	89
21	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	82
22	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	81
23	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	79
24	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	78
25	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	68
26	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	68
27	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	63
28	5-674	Wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals in der Schwangerschaft	55
29	5-679	Sonstige Operation am Gebärmutterhals	49
30	5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	46

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz und Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Privatambulanz
Notfallambulanz (24h)
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Spezialsprechstunde für Dysplasie
Spezialsprechstunde für HIV
Spezialsprechstunden für Kinder - und Jugendgynäkologie
Menopausensprechstunde
Inkontinenzsprechstunde
Kinderwunschsprechstunde
Ambulante Chemotherapie von Mamma- und Genitalkarzinomen
Ambulante Operationen
Myomsprechstunde

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	227
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	73
3	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	61
4	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	47
5	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	35
6	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	21
7	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	13
8	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	9
9	5-882	Operation an der Brustwarze	9
10	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	7
11	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	7
12	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	6
13	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	6
14	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	5
15	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	4
16	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	4
17	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
19	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
20	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	< 4
21	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	< 4
22	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	< 4
23	5-675	Sonstige wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals	< 4
24	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	< 4

B-13.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			26,76	225,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	26,76		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	18,92		
	- ambulant	7,84		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			14,68	410,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	14,68		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	10,38		
	- ambulant	4,30		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF02	Akupunktur
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF33	Plastische Operationen

B-13.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		36,60	164,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		35,58		
	- indirekt		1,02		
Versorgungsbereich	- stationär		36,60		
	- ambulant		0,00		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		14,43	417,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		14,43		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		14,43		
	- ambulant		0,00		
Hebammen/Entbindungspfleger		3 Jahre		18,79	320,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		18,79		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		18,79		
	- ambulant		0,00		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		5,53	1.089,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,53		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		5,53		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		3,16	1.906,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,16		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,37		
	- ambulant		1,79		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

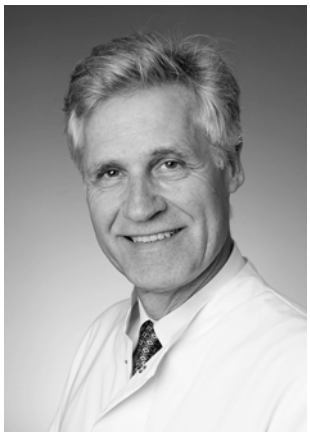
Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-14 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Bernd Hüttenbrink

B-14.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**hno.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karl-Bernd Hüttenbrink**
Telefon	0221 / 478 – 4750
Telefax	0221 / 478 – 4793
E-Mail	**huettenbrink.k-b@uni-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik ist spezialisiert auf das gesamte diagnostische und therapeutische Spektrum der HNO-Heilkunde einschließlich der Grenzgebiete. Sämtliche operativen und nichtoperativen Krankheitsbilder der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde werden in der Klinik behandelt. Intensive interdisziplinäre Kontakte zu den anderen Fachbereichen der Universitätsklinik ermöglichen eine ganzheitliche und koordinierte Behandlung des Patienten.

Operative Schwerpunkte der Klinik sind die sanierende und hörverbessernde Ohrchirurgie einschließlich der Versorgung mit Cochlea Implantaten, Mittelohrimplantaten und implantierbaren Hörgeräten. Im Zentrum für Speicheldrüsen- und Gesichtsnervenerkrankungen Köln wird neben der Diagnostik und Therapie von Speicheldrüsentumoren auch die Speichelgangendoskopie zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Gangsystems der großen Kopfspeicheldrüsen erfolgreich durchgeführt. Auch die Rehabilitation des gelähmten Gesichtes ist ein Schwerpunkt unserer Klinik.

Ein besonderer und traditionsreicher Schwerpunkt der Klinik ist die Behandlung von Tumoren des HNO-Fachgebietes. Dies beinhaltet die Tumoren an der Schädelbasis, der Nase und der Nasennebenhöhlen und insbesondere die Tumoren des Rachens, des Kehlkopfes und des Schlundes. Für diese Behandlungen steht der Klinik ein großes Repertoire an Operationstechniken, bis hin zu den Rekonstruktionen mit mikrovaskulären Lappenplastiken zur Verfügung. Zu den technischen Möglichkeiten zählt auch die Verwendung eines Navigationssystems, die Laser- und Ultraschallchirurgie. Im Bereich des Kehlkopfes stellen die stimmverbessernden Operationen einen weiteren Schwerpunkt der Klinik dar. Das operative Spektrum wird abgerundet durch die plastisch-ästhetische Chirurgie und besondere Operationsverfahren in der HNO-Kinderheilkunde.

In der Klinik ist das umfassende diagnostische und therapeutische konservative Spektrum der HNO-Heilkunde abgebildet. Hier werden insbesondere die Störungen der Sinnesorgane, wie des Hörens und des Gleichgewichtssinns sowie der Riech- und Schmeckstörungen (auch mit objektiven Verfahren) abgebildet. Die allergologischen HNO-Erkrankungen werden in der Abteilung der Allergologie sowohl diagnostiziert, als auch behandelt. Eine besondere Abteilung stellt der Bereich Phoniatrie/Pädaudiologie dar, in dem Patienten mit Stimm-, Schluck- und Hörstörungen vom Säuglingsalter beginnend diagnostiziert und behandelt werden. Weitere Spezialsprechstunden umfassen die EMG- und Botolinumtoxinanwendung im Kopf-Hals-Bereich. Bei bösartigen Tumoren wird die medikamentöse Tumortherapie von Kopf- Hals-Malignomen in der Klinik im adjuvanten und palliativen Modus durchgeführt.

B-14.2 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-14.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Allgemein

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VH26	Laserchirurgie
VH23	Spezialsprechstunde

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
VH25	Schnarchoperationen
VH00	Speicheldrüsenerkrankungen

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH00	Riechstörungen
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH05	Cochlearimplantation
	Cochlear Implant Centrum Köln: Komplette Diagnostik präoperativ, chirurgische Versorgung, komplette (Re-)Habilitation (audiologisch, pädagogisch, medizinisch)
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH04	Mittelohrchirurgie
	Zentrum für Mittelohrchirurgie: Komplette (päd-)audiologische Diagnostik aller Hörstörungen inklusive operativer Möglichkeiten, z. B. implantierbare Hörgeräte, BAHA (Bone Anchored Hearing Aid, knochenverankertes Hörgerät), Cochlear Implantat oder modernste Mittelohrchirurgie
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH27	Pädaudiologie
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge

Rekonstruktive Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

B-14.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-14.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.305
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	40

B-14.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	153
2	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	141
3	H91	Sonstiger Hörverlust	132
4	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	129
5	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	129
6	C32	Kehlkopfkrebs	103
7	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	99
8	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	84

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	80
10	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	61
11	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	54
12	J03	Akute Mandelentzündung	54
13	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	50
14	C44	Sonstiger Hautkrebs	44
15	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	44
16	R04	Blutung aus den Atemwegen	42
17	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	34
18	H80	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose	31
19	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	29
20	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	27
21	R59	Lymphknotenvergrößerung	26
22	C09	Krebs der Gaumenmandel	25
23	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	24
24	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	24
25	H60	Entzündung des äußeren Gehörganges	24
26	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	23
27	C01	Krebs des Zungengrundes	20
28	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	19
29	H61	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörgangs	18
30	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	17

B-14.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	1.012
2	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	396
3	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	349
4	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	223
5	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	216
6	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	205
7	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	198
8	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	192
9	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	161

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	160
11	1-247	Messung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns	154
12	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	149
13	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	142
14	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	140
15	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	123
16	1-245	Messung der Nasendurchgängigkeit	122
17	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	122
18	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	121
19	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	118
20	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	115
21	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	104
22	5-269	Andere Operation an Speicheldrüse bzw. Speicheldrüsenausführungsgang	98
23	5-312	Anlegen eines dauerhaftern, künstlichen Luftröhrenausganges	98
24	5-292	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rachens	93
25	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	85
26	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	77
27	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	71
28	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nervs	66
29	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	57
30	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	53

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Mittelohrchirurgie
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

Nr.	Angebotene Leistung
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Allgemeine Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Gesamtes Spektrum der HNO-Notfalldiagnostik und –therapie

Allgemeine Privatambulanz

Privatambulanz

In der Privatambulanz wird das gesamte Spektrum ambulant zu erbringender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen angeboten.

Cochlear Implant Centrum Köln

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

Nachsorge nach Cochlear Implantation

Onkologische Nachsorge

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Komplette Diagnostik und gegebenenfalls Therapie im Rahmen der onkologischen Nachsorge

Nr.	Angebotene Leistung
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge

Pädaudiologie/Phoniatrie

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

Nr.	Angebotene Leistung
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes

Spezialambulanz für kindliche Hörstörungen

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

Diagnostik und Therapie von Hörstörungen im Kindesalter, gemeinsam mit der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde

Nr.	Angebotene Leistung
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes

Nr.	Angebotene Leistung
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Mittelohrchirurgie

Vor- und Nachsorge

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Erbringung von Leistungen im vor- und nachstationären Bereich

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	96
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	24
3	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	6
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	6
5	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	5
6	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	4
7	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	< 4
8	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	< 4
9	5-202	Operativer Einschnitt in den Warzenfortsatz bzw. das Mittelohr	< 4
10	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
11	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
12	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	< 4
13	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	< 4
14	5-856	Wiederherstellende Operation an den Bindegewebshüllen von Muskeln	< 4
15	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4

B-14.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-14.11 Personelle Ausstattung

B-14.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			17,81	129,42
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,81		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	10,89		
	- ambulant	6,92		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,99	256,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,99		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	5,50		
	- ambulant	3,49		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF33	Plastische Operationen

B-14.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildung-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		33,29	69,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		33,23		
	- indirekt		0,06		
Versorgungsbereich	- stationär		33,29		
	- ambulant		0,00		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		1,00	2.305,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		0,00		

Ausbildung		Ausbildung-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		3,24	711,42
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,24		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,47		
	- ambulant		1,77		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-15 Zentrum für Augenheilkunde - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

B-15.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Augenheilkunde - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**augenklinik.uk-koeln.de** **dmek.de**
§-301-Schlüssel	Augenheilkunde (2700) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Geschäftsführ. Direktor	**Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen**
Telefon	0221 / 478 – 4300
Telefax	0221 / 478 – 5094
E-Mail	**claus.cursiefen@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Der besondere Schwerpunkt des Zentrums für Augenheilkunde und seiner Abteilungen liegt in der Versorgung von ambulanten und stationären Patienten. Wie auf der Website (**augenklinik.uk-koeln.de**) dargestellt, deckt das Zentrum für Augenheilkunde das gesamte Spektrum der Augenheilkunde ab. Bezogen auf die stationären Erlöse ist die Kölner Universitätsaugenklinik mit über 6.000 stationären Patienten die grösste singuläre Uniaugenklinik in Deutschland.

Schwerpunkte der Krankenversorgung sind Erkrankungen der Hornhaut, Hornhaut-Transplantationen, Glaukome, Strabologie, Neuroophtalmologie, Erkrankungen von Lidern, Tränenwegen und Orbita, Onkologie sowie Erkrankungen der Netzhaut.

Die Klinik hat ein deutlich überregionales Einzugsgebiet, das weit über NRW hinausgeht. Die Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums steht zur Versorgung von ophthalmologischen Notfällen zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung.

In der Klinik für allgemeine Ophthalmologie liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung des grauen Stars einschließlich aller Arten von Kunstlinsenimplantation, der Operation und medikamentösen Behandlung von komplizierten Erkrankungen der Hornhaut und der Durchführung und Nachsorge von Hornhauttransplantationen.

Glaukomerkrankungen in allen Formen sind ein besonderer Schwerpunkt des Zentrums. Es stehen alle invasiven und Laser-unterstützten Operationstechniken für das Glaukom zur Verfügung. Ein weiter Schwerpunkt ist die Ophthalmo-Onkologie und die stadiengerechte Therapie von Augentumoren in Kooperation mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO).

Im Zentrum für Augenheilkunde werden im Schwerpunkt für Schielbehandlung und Neuroophthalmologie und okkuläre Motilitätsstörungen alle Formen des frühkindlichen Schielens und des Lähmungsschielens diagnostiziert und falls notwendig sowohl konservativ als auch chirurgisch operativ behandelt.

Im Zentrum für Augenheilkunde versorgt die Abteilung für Netzhauterkrankungen und Glaskörperchirurgie alle Erkrankungsformen der diabetischen Netzhauterkrankungen und bietet Laserbehandlungen und anatomieerhaltende Netzhautchirurgie an. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die medikamentöse und chirurgische Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration in Diagnostik und Therapie dar. Die medikamentöse und chirurgische Behandlung von Endophthalmitiden, sowie die Behandlung und Diagnostik von Dystrophien und Tumoren der Netzhaut werden durchgeführt.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der Kölner Universitätsaugenklinik ist die translationale Forschung. Dazu hat die Kölner Uniaugenklinik als einzige Uniaugenklinik in Deutschland eine DFG Forschergruppe eingerichtet (FOR2240; www.for2240.de; Sprecher: Prof. Dr. Claus Cursiefen).

Allgemeine Augenheilkunde und Poliklinik

Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

Telefon 0221 / 478 – 4300
Telefax 0221 / 478 – 5094
claus.cursiefen@uk-koeln.de

Schwerpunkt für Neuroophthalmologie und Strabologie

Gemeinsame Leitung

Dr. med. Julia Fricke
Telefon: 0221 / 478 – 4325
Telefax: 0221 / 478 – 3533
julia.fricke@uk-koeln.de

Priv.-Doz. Dr. med. Antje Neugebauer
Telefon: 0221 / 478 – 4325
Telefax: 0221 / 478 – 3533
antje.neugebauer@uk-koeln.de

Abteilung für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie

Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. B. Kirchhof
Telefon 0221 / 478 – 4105
Telefax 0221 / 478 – 5922
bernd.kirchhof@uk-koeln.de

B-15.2 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-15.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA13	Anpassung von Sehhilfen
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA15	Plastische Chirurgie
VA17	Spezialsprechstunde
	Trockenes Auge, Graft versus Host Disease (GvHD) und Uveitis

B-15.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-15.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	6.345
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	70

B-15.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Grüner Star - Glaukom	2.133
2	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	634
3	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	632
4	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	620
5	H50	Sonstiges Schielen	461
6	H26	Sonstiger Grauer Star	405
7	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	239
8	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges - Keratitis	179
9	H17	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges	99
10	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	93
11	C44	Sonstiger Hautkrebs	92
12	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	70
13	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildung des Auges	62
14	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	61
15	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	60
16	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	57
17	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	49
18	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	35
19	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	29
20	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	26
21	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	26
22	Q10	Angeborene Fehlbildung des Augenlides, des Tränenapparates bzw. der knöchernen Augenhöhle	25
23	E05	Schilddrüsenüberfunktion	19
24	H20	Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) bzw. des Strahlenkörpers des Auges	15
25	B00	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Herpesviren	14
26	D23	Sonstige gutartige Tumoren der Haut	13

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
27	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	13
28	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	13
29	Q12	Angeborene Fehlbildung der Augenlinse	11
30	H00	Gerstenkorn bzw. Hagelkorn	10

B-15.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-220	Messung des Augeninnendrucks	7.721
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1.482
3	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	1.036
4	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	980
5	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	813
6	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	605
7	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation	530
8	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	381
9	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	310
10	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	268
11	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	236
12	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	193
13	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	188
14	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	174
15	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	153
16	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	148
17	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	127
18	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	122
19	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	122
20	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	108
21	5-152	Befestigung der Netzhaut nach Ablösung durch eine eindellende Operation mithilfe einer Plombe	105
22	5-10a	Verstärkender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	98
23	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	95
24	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	89
25	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	86

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
26	5-095	Nähen des Augenlides	72
27	5-124	Nähen der Hornhaut des Auges	60
28	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidtiefstand	58
29	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	56
30	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	54

B-15.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz (Poliklinik)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA17	Spezialsprechstunde

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn

Nr.	Angebotene Leistung
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Notfallversorgung bei Augenverletzungen, Verletzungen der Augenlider und der Augenanhangsorgane, akute Augenerkrankungen, deren Diagnostik und Therapie keinen zeitlichen Aufschub dulden darf.

Nr.	Angebotene Leistung
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

Privatambulanz

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA17	Spezialsprechstunde

B-15.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	545
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	469
3	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	190
4	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	127
5	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	87
6	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	83
7	5-097	Lidstraffung	80
8	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	54
9	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	53

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidtiefstand	40
11	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	23
12	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	23
13	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	21
14	5-095	Nähen des Augenlides	21
15	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	19
16	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	17
17	5-10a	Verstärkender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	16
18	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	12
19	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	11
20	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	9
21	5-10f	Verstärkender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	4
22	5-086	Wiederherstellende Operation am Tränenkanal bzw. Tränenpunkt	< 4
23	5-098	Senkrechte Lidverlängerung	< 4
24	5-10d	Operative Verlagerung eines geraden Augenmuskels	< 4
25	5-10h	Operative Verlagerung eines schrägen Augenmuskels	< 4
26	5-113	Operativer Ersatz der Bindehaut des Auges	< 4
27	5-114	Lösung von Verklebungen zwischen der Bindehaut des Auges und dem Augenlid	< 4
28	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	< 4
29	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	< 4
30	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	< 4

B-15.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-15.11 Personelle Ausstattung

B-15.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			32,84	193,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	32,84		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	19,26		
	- ambulant	13,58		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			17,88	354,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,88		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	10,49		
	- ambulant	7,39		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ04	Augenheilkunde

B-15.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		44,93	141,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		44,93		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		44,93		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		12,33	514,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		12,33		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		5,12		
	- ambulant		7,21		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Univ.-Prof. Dr. med. Gereon R. Fink

B-16.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Neurologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/neurologie**
§-301-Schlüssel	Neurologie (2800) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Gereon R. Fink**
Telefon	0221 / 478 – 4015
Telefax	0221 / 478 – 5669
E-Mail	**gereon.fink@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Schwerpunkte in der Krankenversorgung

Die Klinik und Poliklinik für Neurologie ist eine Abteilung der Supramaximal-Versorgung mit universitären Spitzenaufgaben in der Krankenversorgung, akademischen Lehre und Wissenschaft. Bezogen auf die vollstationären Erlöse ist sie, neben Münster, die größte neurologische Klinik in Nordrhein-Westfalen.

Stationär werden jährlich über 5.000 Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten neurologischen Fachgebiet untersucht und behandelt. Zur spezialisierten Versorgung akuter Schlaganfälle stehen, neben den Normalstationen, eine eigene neurologische Intensivstation und eine überregional zertifizierte Stroke Unit zur Verfügung. In einer Frührehabilitationseinheit mit 16 Behandlungsplätzen werden Patienten mit neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen in einem multiprofessionellen Team behandelt. Eine komplette, neurologische Zusatzdiagnostik und das gesamte Spektrum neurologischer Therapien werden an der Klinik angeboten.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen mit den Privatsprechstunden des Direktors der Klinik und der Oberärzte, zahlreichen Spezialsprechstunden, sowie einer Therapieambulanz für neuroimmunologische Erkrankungen.

Schwerpunkte der Patientenversorgung und der Lehre und Forschung sind zerebrovaskuläre Erkrankungen, Neuroimmunologie, Neuroonkologie und Neurorehabilitation, Neuromodulation und Bewegungsstörungen sowie Demenz. In der klinischen als auch grundlagenorientierten Forschung arbeiten weit über 50 wissenschaftliche Mitarbeiter.

Die Klinik hat eine ausgezeichnet evaluierte Lehre im Modellstudiengang Humanmedizin der Universität zu Köln, bietet regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Patienten an und entwickelt innovative, praxisorientierte Lehrmethoden.

B-16.2 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-16.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B) bei Schlaganfällen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Stroke Unit (Schlaganfalleinheit) für spezifische Diagnostik u. Therapie des Schlaganfalls: Zerebrale Ischämie (Hirninfarkt), zerebrale Blutung (Hirnblutung), Subarachnoidalblutung u. Hirnvenenthrombose mit Physiotherapie, Logopädie, Behandlung von Sprach-, Schluck- u. Hirnleistungsstörungen
VN21	Neurologische Frührehabilitation
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	Neurologische Intensivstation für zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfälle, die innerhalb der ersten 4,5 Stunden in unsere Klinik kommen, in denen das Gerinnsel mit Medikamenten aufgelöst werden kann. Auch für schwere entzündliche oder autoimmune Erkrankungen mit Überwachungspflicht.
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde
VN24	Stroke Unit

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel

B-16.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-16.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.624
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	105

B-16.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	915
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	453
3	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	386
4	G20	Parkinson-Krankheit	361
5	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	291
6	C71	Gehirnkrebs	200
7	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	148
8	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	141
9	G43	Migräne	129
10	G61	Entzündung mehrerer Nerven	109
11	G44	Sonstiger Kopfschmerz	96
12	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	86
13	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	80
14	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	79
15	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	78
16	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	77
17	G91	Wasserkopf	75
18	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	73
19	H46	Entzündung des Sehnervs	71
20	S06	Verletzung des Schädelinneren	69
21	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	62
22	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	60
23	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	53
24	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	51
25	R51	Kopfschmerz	50
26	G30	Alzheimer-Krankheit	41
27	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	39
28	G24	Bewegungsstörung durch Veränderung der Muskelspannkraft - Dystonie	38

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	H34	Verschluss einer Ader in der Netzhaut des Auges	38
30	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	35

Schwerpunkte in der Krankenversorgung

Stationär werden Erkrankungen des gesamten neurologischen Fachgebietes diagnostiziert und behandelt. Neben den Normalstationen stehen zur spezialisierten Versorgung eine eigene neurologische Intensivstation und eine zertifizierte, überregionale Stroke Unit Einheit (zur Versorgung akuter Schlaganfälle) zur Verfügung. Ferner gibt es eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationsstation.
Die gesamte neurologische Zusatzdiagnostik wird angeboten.

Besondere Schwerpunkte der Krankenversorgung sind:

- Akute Schlaganfälle (ischämischer Insult, intrakranielle Blutung)
- Frührehabilitation neurologischer und neurochirurgischer Krankheitsbilder
- Bewegungsstörungen, insbesondere Morbus Parkinson, inkl. Tiefe Hirnstimulation, Apomorphin- und Duodopapumpentherapie
- Demenzdiagnostik
- Multiple Sklerose
- Neuroonkologie

B-16.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	5.042
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	4.081
3	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	2.327
4	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	1.354
5	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	1.226
6	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	926
7	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	813
8	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	745
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	339
10	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	331
11	8-552	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten	259
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	256
13	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	216
14	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	215
15	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	197

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	176
17	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	172
18	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	70
19	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	67
20	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	61
21	8-97d	Fachübergreifende Behandlung sonstiger lang andauernder Krankheiten	49
22	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	43
23	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	43
24	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	42
25	8-924	In den Körper eingreifende Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems	42
26	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	29
27	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	27
28	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	21
29	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	20
30	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	20

B-16.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Ambulanz für vor- und nachstationäre Leistungen

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems

Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

In der ambulanten Versorgung werden neben der Ambulanz mit der allgemeinen neurologischen Sprechstunde und dem 24-stündigen Notdienst Spezialsprechstunden für folgende Bereiche angeboten.

Nr.	Angebotene Leistung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute

Nr.	Angebotene Leistung
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN23	Schmerztherapie

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Nr.	Angebotene Leistung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen

Nr.	Angebotene Leistung
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde

Privatambulanz

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde

B-16.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-16.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-16.11 Personelle Ausstattung

B-16.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			33,34	168,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	33,34		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	26,54		
	- ambulant	6,80		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,28	498,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,28		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	8,98		
	- ambulant	2,30		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF39	Schlafmedizin

Weitere Qualifikatonen

- Medikamentöse Tumortherapie
- Fiberendoskopische Schluckdiagnostik
- Verkehrsmedizin
- Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Diese Qualifikationen sind nicht in der Auswahlliste des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) enthalten.

Weiterbildungsbefugnisse

Facharztweiterbildung Neurologie

Univ.-Prof. Dr. med. Gereon R. Fink
Volle Weiterbildungszeit Neurologie (4 Jahre)

Intensivmedizin

Prof. Dr. med. Christian Dohmen
Volle Weiterbildungszeit (2 Jahre)

Psychiatrisches Jahr

Univ.-Prof. Dr. med. Frank Jessen
Rotation in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Botulinumtoxin

Dr. med. Gilbert Wunderlich
Zertifikation für die Anwendungsbereiche Spastik, zervikale Dystonie, Hemispasmus facialis Blepharospasmus und uromandibuläre Dystonien.

EEG

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Schroeter M.Sc.
Ausbilder (DGKN)

Univ.-Prof. Dr. med. Juraj Kukolja
Ausbilder (DGKN)

EMG

Dr. med. Gilbert Wunderlich
Ausbilder, Prüfer (DGKN)

Prof. Dr. med. Helmar Lehmann
Ausbilder, Prüfer (DGKN)

Epilepsie

Dr. med. Michael Malter
Zertifikat Epileptologie plus

Evozierte Potenziale

Dr. med. Gilbert Wunderlich
Ausbilder, Prüfer (DGKN)

Funktionelle Bildgebung

Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Fink
Ausbildungszentrum der DGKN

B-16.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		123,09	45,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		122,72		
	- indirekt		0,37		
Versorgungsbereich	- stationär		123,09		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		2,00	2.812,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,00		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,03		
	- ambulant		0,97		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP29	Stroke Unit Care
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Univ.-Prof. Dr. med. Frank Jessen

B-17.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/psychiatrie-und-psychotherapie**
§-301-Schlüssel	Allgemeine Psychiatrie (2900) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Frank Jessen**
Telefon	0221 / 478 – 4010
Telefax	0221 / 478 – 5593
E-Mail	**frank.jessen@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über 103 Betten auf 5 Stationen und 20 teilstationäre Plätze in der Tagesklinik. Die Klinik ist für die gesamte stationäre psychiatrische Versorgung des Kölner Stadtbezirks 3 (130.000 Einwohner) zuständig. Zur Verfügung steht ein breites Spektrum differenzierter, multiprofessioneller Diagnoseverfahren einschließlich psychiatrischer, psychologischer, neurophysiologischer und bildgebender Diagnostik in Kooperation mit der Klinik für Neurologie, der Neuroradiologie und Nuklearmedizin. Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft verbinden die angewandten Therapieverfahren moderne, auf ihre Wirksamkeit geprüfte Strategien der Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie.

Den stationär und teilstationär behandelten Patienten stehen eine Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten neben der ärztlich-psychiatrischen Behandlung zur Verfügung: Ergotherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie, Entspannungstraining, psychotherapeutische Einzeltherapie und störungsspezifische Grupppentherapien, unter anderem für Patienten mit Psychosen, Angststörungen, Borderline-Störungen, depressiven Störungen bipolaren Erkrankungen, Demenzen und Suchterkrankungen. Gerade die psychotherapeutischen Behandlungsangebote wurden über die letzten Jahre systematisch erweitert und durch engmaschige qualifizierte Supervisionen in ihrer Qualität gesichert. Außerdem werden Angehörigengruppen für betroffene Familien angeboten. Der Sozialdienst unterstützt die Patienten bei der Lösung finanzieller und sozialer Probleme.

Die ambulante Versorgung erfolgt über die Poliklinik (zur Krisenintervention und Notfallversorgung über 24 Stunden) sowie die Institutsambulanz (intensivierte längerfristige Betreuung durch ein multiprofessionelles Team von Ärzten, Psychologen, psychiatrisch geschultem Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten und Sozialarbeitern) und verschiedene Spezialambulanzen (Zwangserkrankungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Autismus) und das „FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen – FETZ“ (**www.fetz.org**). Das FETZ bietet Beratung, Behandlung und begleitende Hilfen für Menschen mit einem erhöhten Risiko oder ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Zusammen mit der DAK betreibt die Klinik einen IV-Vertrag (Integrierte Versorgung) zur Zuhause-Behandlung von Patienten mit Psychosen. Im Jahr 2015 wurde das interdisziplinäre Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG) gegründet zur Früherkennung und Behandlung von Demenzen in Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie, dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin und dem Institut für klinische Chemie.

Die Klinik leistet einen umfassenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliardienst für das Uniklinikum.

B-17.2 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-17.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen - FETZ
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP12	Spezialsprechstunde
	Autismus, ADHS, Zwangsstörungen
VP00	Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG)
VP00	Zuhause-Behandlung von Patienten mit Psychose

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen

B-17.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-17.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.327
Teilstationäre Fallzahl	146
Anzahl Betten	103
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	20

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein Patient wird pro Quartal als ein Fall gezählt, unabhängig von der Zahl seiner Termine.

B-17.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	206
2	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	200
3	F20	Schizophrenie	183
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	142
5	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	79
6	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	61
7	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	58
8	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	57
9	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	40
10	G30	Alzheimer-Krankheit	40
11	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverslust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	30
12	F42	Zwangsstörung	28
13	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	21
14	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	19
15	F41	Sonstige Angststörung	18
16	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln - Ticstörung	15
17	F04	Körperlich bedingte Gedächtnisstörung, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	12
18	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphium verwandt sind (Opioide)	11
19	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	11
20	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	10
21	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	9

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	7
23	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	7
24	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	6
25	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	6
26	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	6
27	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	5
28	G31	Sonstiger krankhafter Abbauprozess des Nervensystems	5
29	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	4
30	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	4

B-17.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	1.782
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.370
3	9-606	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	884
4	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	677
5	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	535
6	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	496
7	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen	350
8	9-614	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen	346
9	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	344
10	9-605	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	322
11	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen	172
12	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	167
13	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie	152

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	138
15	9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	138
16	9-615	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen	93
17	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	82
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	60
19	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	53
20	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	23
21	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	12
22	9-624	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	12
23	9-625	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	12
24	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	12
25	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	11
26	1-903	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	5
27	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	4
28	1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z.B. Zucker) verabreicht werden	< 4
29	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	< 4
30	9-616	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 5 und mehr Merkmalen	< 4

B-17.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Psychiatrische Ambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Privatambulanz
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen – FETZ, Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG)

B-17.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-17.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-17.11 Personelle Ausstattung

B-17.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			23,70	55,99
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	23,70		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	21,76		
	- ambulant	1,94		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,66	153,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,66		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	7,95		
	- ambulant	0,71		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
	7 Personen
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
	11 Personen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-17.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		76,50	17,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		76,50		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		73,33		
	- ambulant		3,17		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ06	Master
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining

B-17.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin			3,13	423,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,13		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	2,46		
	- ambulant	0,67		
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin			0,47	2.823,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,47		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,37		
	- ambulant	0,10		
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			1,95	680,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,95		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,53		
	- ambulant	0,42		
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			14,03	94,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	14,03		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	11,03		
	- ambulant	3,00		
Ergotherapeut und Ergotherapeutin			5,32	249,44
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,90		
	- indirekt	4,42		
Versorgungsbereich	- stationär	4,42		
	- ambulant	0,90		
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			2,23	595,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,00		
	- indirekt	2,23		
Versorgungsbereich	- stationär	2,23		
	- ambulant	0,00		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK

B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Bender

B-18.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/kinder-und-jugendpsychiatrie**
§-301-Schlüssel	Kinder- und Jugendpsychiatrie (3000) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Bender**
Telefon	0221 / 478 – 4370
Telefax	0221 / 478 – 6104
E-Mail	**stephan.bender@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie an der Uniklinik Köln wurde 1988 neu eingerichtet, das Gebäude der ehemaligen Plastischen Chirurgie entsprechend umgebaut und 1989 bezogen. Zunächst mit 26 stationären Betten ausgestattet, kam zwei Jahre später eine Tagesklinik mit 14 Plätzen hinzu. Wichtige Erweiterungen stellten die „Villa Kunterbunt“ (1994), ein Therapie- und Schulgebäude, sowie ein Klinikanbau (2004) dar, in dem 14 zusätzliche Betten für die stationäre Versorgung sowie ein Psychotherapie-Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKIP) untergebracht sind. 2008 konnte ein weiterer Anbau in Betrieb genommen werden, in dem die Jugendlichenstationen untergebracht sind. 2014 wurde zusätzlich eine Tagesklinik für Jugendliche mit weiteren sechs Plätzen eröffnet.

Neben einer Kinder- und einer Jugendstation ermöglicht eine Eltern-Kind-Einheit die stationäre Aufnahme von Kindern bis zum Einschulungsalter gemeinsam mit ihren Müttern bzw. Vätern. Außer einem stationären Schwerpunkt, der sich mit Schulängsten und Zwangsstörungen beschäftigt, gibt es eine spezielle Einheit für Patienten mit Essstörungen.

B-18.2 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-18.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

B-18.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-18.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	412
Teilstationäre Fallzahl	103
Anzahl Betten	40
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	20

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein Patient wird pro Quartal als ein Fall gezählt, unabhängig von der Zahl seiner Termine.

B-18.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	122
2	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	40
3	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	38
4	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	36
5	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	29
6	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	28
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	23
8	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	16
9	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	16
10	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	12
11	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	7
12	F41	Sonstige Angststörung	6
13	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	6
14	F42	Zwangsstörung	5
15	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	4
16	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	4
17	F09	Vom Arzt nicht näher bezeichnete körperlich bedingte oder durch eine andere Krankheit ausgelöste psychische Störung	< 4
18	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphium verwandt sind (Opioide)	< 4
19	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	< 4
20	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
21	F20	Schizophrenie	< 4
22	F30	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung - Manische Episode	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	< 4
24	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4
25	F51	Schlafstörung, die keine körperliche Ursache hat	< 4
26	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4
27	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	< 4

B-18.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	6.931
2	9-693	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	1.190
3	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	588
4	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	288
5	9-665	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	247
6	9-664	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	225
7	9-655	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	219
8	9-666	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen	192
9	9-654	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	139
10	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern	107
11	9-686	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	57
12	9-690	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	47
13	9-685	Behandlung im besonderen Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	12

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	9-684	Behandlung im besonderen Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	10

B-18.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemein-Ambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Kriseninterventionen, Notfallversorgung, kurzfristig post-stationäre und intensivierte längerfristige Betreuung

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

KJ-FETZ Früherkennungs- & Therapiezentrum für psychische Krisen

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Im Rahmen der Erforschung und Behandlung psychotischer Krisen und psychotischer Erkrankungen bieten wir im Rahmen der Früherkennungssprechstunde eine ambulante, gegebenenfalls stationäre Diagnostik zur Risiko-Einstufung mit begleitendem Monitoring an.

Spezialambulanz für Angst-, Zwangs- und Tic-Störungen

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Therapieprogramm f. Kinder u. Jugendliche m. Angst- u. Zwangsstörungen (THAZ), Expositionsbehandlung mit Unterstützung. Behandlung von Tics mit Methoden zur Stressreduktion u. zur sogenannten Reaktionsumkehr (habit reversal), ergänzende medikamentöse Therapien

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen

Nr.	Angebotene Leistung
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Ausführliche Exploration, testpsychologische Verfahren, multimodale Verhaltenstherapie, Eltern-Kind-Therapie auf Basis des Therapieprogramms für Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten (THOP): Spieltraining, Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Verfahren

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für autistische Störungen

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Ausführliche Anamnese, standardisierte Fragebögen, autismusspezifische, testpsycholog. Diagnostik, Leistungsdiagnostik, körperl. u. neurolog. Untersuchung, Beratung b. schulischen u. pharmakologischen Fragen, verhaltenstherap. Behandlung, Familienberatungen, Hilfe b. Kontakt mit dem Jugendamt

Nr.	Angebotene Leistung
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP12	Spezialsprechstunde

Spezialambulanz für Enuresis

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Spezialambulanz für Kinder u. Jugendliche im Alter 5 – 18 Jahren m. täglichem o. nächtlichem Einnässen, organische Ausschlussdiagnostik, symptomorientierte Behandlung über kognitiv-verhaltenstherap. Maßnahmen, Kalenderführung, apparative Verhaltenstherapie, Bio-Feedback-Verfahren u. Pharmakotherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Essstörungen

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Differenzierte Diagnostik (am häufigsten Anorexia nervosa, "Magersucht"), individueller Behandlungsplan, Entscheidung über zeitnahe stationäre Aufnahme oder Vermittlung an ambulante Behandlung. Die KJP ist an den Arbeitskreis Essstörungen der Stadt Köln angeschlossen.

Spezialambulanz für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Spezialambulanz bei repetitiver Selbstverletzung mit differentialdiagnostischer Einschätzung u. Koordination des weiteren therapeutischen Vorgehens, Möglichkeit für betroffene Jugendliche und ihre Eltern zur Gruppentherapie angelehnt an dialektisch-behaviorales Fertigkeitstraining für Jugendliche

Spezialambulanz für Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Ausführliche Exploration, testpsychologische Verfahren, multimodale Verhaltenstherapie auf der Basis des Therapieprogramms für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV), Training sozial-kognitiver Verarbeitung, soziale Fertigkeiten, Problemlösung, Impulskontrolle

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Therapieprogramm f. Jugendliche m. Selbstwert-, Leistungs- u. Beziehungsstörungen (SELBST): Am Anfang steht ein zeitlich begrenztes Gesprächsangebot, in dem mit dem Jugendlichen zunächst erarbeitet wird, ob ein intensiveres Behandlungsangebot sinnvoll ist und in dem die Motivation aufgebaut wird.

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Beratungsangebot bei "funktionellen" Störungen wie Schlaf-, Fütter- u. Schreistörungen, allgemeine Regulationsstörungen, Interaktionsprobleme, Probleme von Risikosäuglingen und psychische Probleme, wie z. B. depressive u. posttraumatische Reaktionen nach äußeren Verlusterlebnissen

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde

Trauma-Ambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist eine emotionale Störung nach psychischem Trauma, das die individuellen Bewältigungsstrategien überfordert, Alpträume, Schlafstörungen u. immer wiederkehrendes Nacherleben. Neben akuter Krisenintervention wird Beratung u. Behandlung angeboten.

B-18.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-18.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-18.11 Personelle Ausstattung

B-18.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			15,16	27,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,16		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	11,90		
	- ambulant	3,26		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,74	53,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,74		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	6,08		
	- ambulant	1,66		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF35	Psychoanalyse
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-18.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		30,41	13,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		30,41		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		28,03		
	- ambulant		2,38		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /-innen		3 Jahre		0,86	479,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,86		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,86		
	- ambulant		0,00		
Pflegehelfer/-innen (Pädagogen/Heilerziehungspfleger)		200 Stdn.		19,17	21,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		19,17		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		11,78		
	- ambulant		7,39		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,63	653,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,63		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,48		
	- ambulant		0,15		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ06	Master
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining

B-18.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin			8,27	49,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,27		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	5,42		
	- ambulant	2,85		
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			2,90	142,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,90		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,90		
	- ambulant	1,00		
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin			3,97	103,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,97		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	2,60		
	- ambulant	1,37		
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			38,88	10,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	38,88		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	25,46		
	- ambulant	13,42		
Ergotherapeut und Ergotherapeutin			0,91	452,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,91		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,76		
	- ambulant	0,15		

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			2,43	169,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,62		
	- indirekt	1,81		
Versorgungsbereich	- stationär	2,22		
	- ambulant	0,21		
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge und Sozialpädagogin			2,52	163,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,52		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,65		
	- ambulant	0,87		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK

B-19 Klinik und Poliklink für Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Christian Albus

B-19.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklink für Psychosomatik und Psychotherapie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Psychosomatik/Psychotherapie (3100) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Prof. Dr. med. Christian Albus**
Telefon	0221 / 478 – 4365
Telefax	0221 / 478 – 3103
E-Mail	**christian.albus@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die klinischen Aufgaben der Abteilung liegen in der Diagnostik und Therapie von psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen (v. a. somatoforme Störungen, psychogene Essstörungen und schwere psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen).

Im Rahmen der ambulanten Versorgung übernehmen wir v. a. diagnostische Aufgaben als Vermittler zwischen dem primärärztlichen und dem psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem.

Unser stationäres Angebot besteht in multimodaler Intensivpsychotherapie für Patienten, bei denen eine ambulante Therapie nicht verfügbar oder nicht ausreichend ist (z. B. besonders schwere Störungen oder Krisen im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie). Enthaltene Elemente sind Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieutherapie, körperbezogene Verfahren, Gestaltungs- und Musiktherapie, ggf. ergänzt um symptomadaptierte Medikation.

Im Rahmen unseres Konsil- und Liaisondienstes behandeln wir Patienten unseres Fachgebietes auch dann mit, wenn sie primär in anderen Abteilungen am Universitätsklinikum betreut werden.

B-19.2 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-19.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP00	Adipositastherapie
	Interdisziplinäres Adipositaszentrum, gemeinsam mit Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie Kein Angebot bei akuter Suizidalität!
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	Diagnostik und Therapie psychogener Essstörungen, v. a. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Rauschessen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie
VP00	Psychodiabetologie
	Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP00	Psychokardiologie
	Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP14	Psychoonkologie
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung

B-19.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-19.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	55
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	10

Bei den vergleichsweise langen Behandlungszeiten der stationären psychosomatischen Komplexbehandlung (OPS 9-63) von durchschnittlich sechs bis acht Wochen ergibt sich trotz der scheinbar niedrigen Fallzahl eine Auslastung von über 90 %.

B-19.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	17
2	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	11
3	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	9
4	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	8
5	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	5
6	F41	Sonstige Angststörung	< 4
7	F42	Zwangsstörung	< 4
8	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4
9	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4
10	F62	Andauernde Persönlichkeitsveränderung, nicht als Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	< 4

B-19.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-410	Bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, bei der ein Patient einzeln behandelt wird - Einzeltherapie	521
2	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	80
3	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	68
4	9-630	Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	58
5	9-632	Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	58
6	9-633	Anzahl der durch Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	58
7	9-606	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	24
8	9-605	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	23
9	1-900	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	7
10	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen	7
11	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	< 4
12	9-402	Psychotherapeutisches Verfahren, in dessen Zentrum die Wechselwirkung von Körper und Psyche steht - Psychosomatische Therapie	< 4
13	9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	< 4
14	9-631	Anzahl der durch Psychologen erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
15	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4

In Ergänzung zu den oben aufgelisteten Prozeduren haben Mitarbeiter der Klinik bei ca. 600 stationären Patienten anderer Abteilungen (z. B. Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie) Konsile durchgeführt.

Ein Konsil umfasst eine (oder mehrere) mindestens 50-minütige psychosomatisch-psychotherapeutische Untersuchung und Behandlung mit anschließender schriftlicher Rückmeldung des Befundes und der Therapieempfehlung an den Zuweiser.

Die wichtigsten Anlässe für Konsile waren Symptome psychischer Belastung (v. a. Depressivität und Angst) bei körperlichen Erkrankungen (sog. Anpassungsstörungen) sowie körperbezogene Beschwerden ohne ausreichend erklärenden organischen Befund (sog. somatoforme oder dissoziative Störungen).

B-19.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Insgesamt wurden von Mitarbeitern der Klinik ca. 1.000 Patienten ambulant betreut. Davon wurden etwa 800 von niedergelassenen Ärzten an uns verwiesen, etwa 200 kamen aus anderen Polikliniken der Universitätsklinik. Bei jedem Patienten wurde ein (oder mehrere) mindestens 50-minütiges diagnostisch-beratende Gespräch durchgeführt.

Die Anlässe umfassten alle Diagnosen des Fachgebietes, insbesondere Anpassungstörungen bei belastenden Lebensereignissen und Krankheiten, depressive und/oder ängstliche Störungen, psychogene Essstörungen und körperliche Symptome ohne hinreichend erklärenden organischen Befund.

Patienten mit psychotischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder akuter Suizidalität werden von uns nicht behandelt, sondern sind der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zuzuweisen.

Die Anmeldung der Patienten erfolgt in der Regel telefonisch durch den Arzt oder den Patienten selbst. Der Untersuchungstermin wird dem Patienten schriftlich mitgeteilt und ist von unserer Seite für den Zeitpunkt garantiert. Wartezeiten fallen nicht an. Das diagnostische Gepräch mündet in eine Therapieberatung ein.

Falls keine Weiterbehandlung (ambulant oder stationär) in der eigenen Klink möglich oder sinnvoll ist, erfolgt eine Weitervermittlung in das externe psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgungssystem.

Ambulanz und Poliklinik

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	Psychodiabetologie
VP00	Psychokardiologie
VP14	Psychoonkologie

Privatambulanz

Privatambulanz

Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, besondere Expertise besteht im Bereich der Psychokardiologie und der Psychodiabetologie

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	Psychodiabetologie
VP00	Psychokardiologie
VP14	Psychoonkologie

B-19.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-19.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-19.11 Personelle Ausstattung

B-19.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			4,62	11,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,62		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	3,38		
	- ambulant	1,24		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			3,40	16,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,40		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	2,49		
	- ambulant	0,91		

Der überwiegende Teil der Arbeit erfolgt in dieser Fachabteilung ambulant und konsiliarisch für andere Fachabteilungen, daher ist die Angabe Fälle pro VK unrealistisch niedrig, denn hierbei werden nur die eigenen, vollstationären Fälle berücksichtigt.

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

Der Klinikleiter verfügt über die Weiterbildungsermächtigung Psychosomatische Medizin für drei Jahre.

B-19.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		8,02	6,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		8,02		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		8,02		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,07	785,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,07		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,05		
	- ambulant		0,02		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining

B-19.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin			2,00	27,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,00		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,00		
	- ambulant	2,00		
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			0,10	550,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,00		
	- indirekt	0,10		
Versorgungsbereich	- stationär	0,10		
	- ambulant	0,00		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK

B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Drzezga

B-20.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**nuklearmedizin.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Nuklearmedizin (3200) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Drzezga**
Telefon	0221 / 478 – 7575
Telefax	0221 / 478 – 7584
E-Mail	**alexander.drzezga@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin bietet das gesamte Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik und der nuklearmedizinischen Therapie (außer Radiosynoviorthese) an.

Mit dem mCT 128 steht Spitzentechnologie in der PET/CT-Hybridbildgebung zur Verfügung. Die Wächterlymphknoten(Sentinel Lymph Node)-Szintigraphie wird bei mehr als 500 Patientinnen/Patienten mit Mammakarzinom, Melanom oder Prostatakarzinom eingesetzt. Schwerpunkte der Therapie sind die Radioiodtherapie gutartiger Schilddrüsenerkrankungen (Schilddrüsenüberfunktion, Morbus Basedow, Autonomie, Struma), die Radioiodtherapie des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms, die Radioimmuntherapie des rezidivierten Lymphdrüsenkrebses, die I-131 MIBG-Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom, die Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren, die Lu-177 PSMA Therapie beim Prostatakarzinom, die SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) sowie die nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (vorwiegend Prostatakarzinom).

Es wird eine nuklearmedizinische Prostatasprechstunde angeboten (Indikationssprechstunde PSMA PET/CT, Ra-223, Lu-177 PSMA-Therapie).

Diagnostik

- Schilddrüsenambulanz
- Wächterlymphknoten (Sentinel Lymph Node)-Szintigraphie
- Ganzkörper-PET/CT bei bösartigen Erkrankungen
- Ganzkörper-PET/CT bei neuroendokrinen Tumoren (Ga-68 DOTATATE)
- Ganzkörper-PET/CT beim Prostatakarzinom (C-11 Cholin, Ga-68 PSMA, F18 PSMA)
- Herzmuskel (Myokard)-Szintigraphie
- Hirn-Szintigraphie bei Bewegungsstörungen (Morbus Parkinson)
- Hirn-PET in der Abklärung einer Demenz (F-18FDG, Amyloid-Bildgebung mit C-11 PiB, F-18 Florbetaben, F-18 Florbetapir) und bei Hirntumoren (F-18 FET)

Therapie

- Radioiodtherapie des Schilddrüsenkarzinoms
- Radioiodtherapie bei Morbus Basedow, Autonomie, Struma
- Radioimmuntherapie beim rezidivierten Lymphdrüsenkrebs
- I-131 MIBG Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom
- Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren
- Lu-177 PSMA Therapie beim metastasierenden Prostatakarzinom
- SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) bei Lebermetastasen und Leberzellkarzinom
- Nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (inkl. Ra-223)
- Referenz-Nuklearmedizin (national, international)
- PET bei Lymphdrüsenkrebs (Hodgkin-Krankheit)

B-20.2 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-20.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR40	Spezialsprechstunde

Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR00	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren
	Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik (Gammakamera, SPECT, PET, Messsonden, Ganzkörperzähler)
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
	Integriertes PET/CT (Biograph mCT Flow 128 Edge, Siemens, Baujahr 2014)
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie

Nuklearmedizinische Therapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR00	Nuklearmedizinische Therapie
	Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Therapie (Radioiodtherapie, I-131-MIGB-Therapie, Radioimmuntherapie, Lu-177 DOTATATE, Lu-177 PSMA, SIRT, nuklearmedizinische Schmerztherapie von Knochenmetastasen)
VR39	Radiojodtherapie
	TSH-Stimulation beim Schilddrüsenkarzinom mit rekombinantem humanem TSH
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden
	Lu-177 DOTATATE Therapie b. neuroendokr. Tumoren, Lu-177 PSMA Therapie b. Prostatakarzinom, I-131 MIBG Therapie b. Neuroblastom u. Phäochromozytom, Y-90 Ibritunomab Tiuxetan b. follikul. NHL, Sm-153 Phophonat bzw. Ra-223 b. Knochenmetastasen, Y-90 Mikrosphären b. Lebermetastasen u. Leberzellkarzinom

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern

B-20.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-20.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	924
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14

B-20.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Schilddrüsenüberfunktion	414
2	C73	Schilddrüsenkrebs	331
3	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	42
4	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	40
5	C61	Prostatakrebs	29
6	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	24
7	C75	Krebs sonstiger hormonproduzierender Drüsen bzw. verwandter Strukturen	23
8	C74	Nebennierenkrebs	8
9	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	6
10	C17	Dünndarmkrebs	< 4
11	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	< 4
12	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
13	C47	Krebs der Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark bzw. des unwillkürlichen Nervensystems	< 4
14	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	< 4

B-20.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	628
2	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	399
3	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	388
4	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	280
5	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	245
6	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	196

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	190
8	3-722	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	169
9	8-530	Behandlung mit radioaktiven Substanzen, die vom Körper aufgenommen werden	113
10	3-70d	Bildgebendes Verfahren über Teile des Körpers zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	104
11	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	78
12	3-750	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	33
13	3-70b	Untersuchung der Stoffaufnahme und der Stoffabgabe von Zellen und Organen mithilfe radioaktiver Stoffe	29
14	3-721	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	26
15	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	15
16	3-702	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	11
17	3-720	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns mittels radioaktiver Strahlung (SPECT)	8
18	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	< 4
19	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	< 4
20	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	< 4
21	3-700	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns und der Hirnwasserräume mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
22	3-703	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
23	3-72x	Bildgebende Verfahren sonstiger Organe mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	< 4
24	3-740	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen (PET)	< 4
25	3-753	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des gesamten Körpers mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	< 4
26	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	< 4
27	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4
28	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
29	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	< 4

B-20.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

MVZ IV Nuklearmedizin

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik, sowie der nuklearmedizinischen Therapie, soweit ambulante Umgangsgenehmigung vorhanden

Nr.	Angebotene Leistung
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

Poliklinik für Nuklearmedizin

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR39	Radiojodtherapie
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

Poliklinik für Nuklearmedizin

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

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

Poliklinik für Nuklearmedizin

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR39	Radiojodtherapie
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

Poliklinik für Nuklearmedizin

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

PET bei den Diagnosen: Bösartiger Lungentumor (Centrum für Integrierte Onkologie, CIO) und Hodgkin-Krankheit (Deutsche Hodgkin Studiengruppe)

Nr.	Angebotene Leistung
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner

Privatambulanz Nuklearmedizin

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR39	Radiojodtherapie
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

B-20.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-20.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-20.11 Personelle Ausstattung

B-20.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			9,14	101,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,14		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	5,68		
	- ambulant	3,46		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			5,07	182,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,07		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	3,15		
	- ambulant	1,92		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ44	Nuklearmedizin
	Referenzbeurteilung der PET/CT beim Hodgkin Lymphom für die Therapie-Optimierungsstudien der German Hodgkin Study Group (GHSG)
AQ54	Radiologie
	Untersuchungen am integrierten PET/CT
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF23	Magnetresonanztomographie
	in der Nuklearmedizin (3 Ärzte)

Ein Doppelfacharzt für Nuklearmedizin und Diagnostische Radiologie,
drei weitere Fachärzte für Nuklearmedizin,
ein weiterer Facharzt für Diagnostische Radiologie

Vier Fachärzte besitzen das Zertifikat "Positronenemissionstomographie" der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin.

Drei Fachärzte besitzen die Fachkunde „Magnetresonanztomographie und Magnetresonanzspektroskopie in der Nuklearmedizin“.

Vier Fachärzte für Nuklearmedizin verfügen über die Fachkunde für die CT.

B-20.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		7,96	116,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,96		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		7,96		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		2,48	372,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,48		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,17		
	- ambulant		1,31		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

B-21 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie

Univ.-Prof. Dr. med. Simone Marnitz-Schulze

B-21.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**strahlentherapie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Strahlenheilkunde (3300) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Simone Marnitz-Schulze**
Telefon	0221 / 478 – 84763
Telefax	0221 / 478 – 6158
E-Mail	**simone.marnitz-schulze@uk-koeln.de**

Kurzportrait

- Ambulante und stationäre Bestrahlung
- Perkutane Strahlenbehandlung am Linearbeschleuniger
- Radiochemotherapie
- Brachytherapie
- Hirntumoren (Radiochirurgie und stereotaktische Bestrahlung am Cyberknife)
- Körperstereotaxie am Cyberknife
- Lymphome (Referenz-Strahlentherapie)
- Oesophagus-Karzinom (präoperative Radiochemotherapie)
- Prostatakarzinom (Seed-Implantation, Afterloading)
- Bronchial-Karzinom (kombinierte Radiochemotherapie)
- Mamma-Karzinom (Bestrahlung nach brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
- Gynäkologische Tumoren (kombinierte Tele-Brachytherapie)
- Ganzkörperbestrahlung bei Leukämie
- Kindliche Tumoren
- Kopf-Hals-Tumoren (kombinierte Radiochemotherapie und Radio-Immuntherapie)
- Einbindung in das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), das Brustzentrum, das Genitalkrebszentrum, das Hauttumorzentrum und in das Darmzentrum

B-21.2 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-21.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemein

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR45	Intraoperative Bestrahlung
	Intraoperative Bestrahlung des Mamma-Karzinoms

Strahlentherapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR32	Hochvoltstrahlentherapie
	Perkutane Strahlenbehandlung (Linearbeschleuniger), Radiochemotherapie, radiochirurgische u. stereotaktische Bestrahlung (Hirntumoren), präoperative Radiochemotherapie, Ganzkörper-bestrahlung, Radio-Immuntherapie, Mamma-Carzinom (Bestrahlung n. brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR30	Oberflächenstrahlentherapie

B-21.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-21.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	871
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	20

B-21.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C57	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter weiblicher Geschlechtsorgane	144
2	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	124
3	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	75
4	C15	Speiseröhrenkrebs	71
5	C53	Gebärmutterhalskrebs	67
6	C16	Magenkrebs	50
7	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	39
8	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	33
9	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	22
10	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	16
11	C02	Sonstiger Zungenkrebs	15
12	C04	Mundbodenkrebs	14
13	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	14
14	C44	Sonstiger Hautkrebs	14
15	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	14

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
16	C61	Prostatakrebs	12
17	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	11
18	C09	Krebs der Gaumenmandel	10
19	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	10
20	C32	Kehlkopfkrebs	10
21	C71	Gehirnkrebs	10
22	C03	Zahnfleischkrebs	9
23	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	7
24	C01	Krebs des Zungengrundes	6
25	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	6
26	C67	Harnblasenkrebs	5
27	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	6
28	C52	Scheidenkrebs	4
29	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	< 4
30	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	< 4

B-21.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	6.735
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	601
3	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	281
4	8-523	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Linearbeschleunigern und CyberKnife-Gerät#	241
5	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	122
6	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	46
7	8-525	Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes	38
8	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	33
9	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	30
10	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	25
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	21
12	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	16
13	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	15

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	12
15	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	9
16	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	7
17	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	6
18	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	5
19	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	5
20	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	4
21	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	4
22	1-494	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	< 4
23	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	< 4
24	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4
25	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
26	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	< 4
27	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	< 4
28	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4
29	8-159	Sonstige Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
30	8-506	Wechsel bzw. Entfernung von eingebrachten Verbandsstoffen (Tamponaden) bei Blutungen	< 4

= Bezeichnung bei 8-523 entspricht nicht der Laiensprachlichen Übersetzung der Bertelsmann Stiftung

B-21.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Privatambulanz

Ambulante Strahlenbehandlung bei Mammakarzinom, Prostata-Karzinom u. anderen soliden Tumoren, multimodale ambulante u. stationäre Therapie v. Hirntumoren, Kopf-Hals-Tumoren, gastrointestinalen Tumoren, urolog. u. gynäkolog.Tumoren, Bronchialkarzinomen, kindlichen Tumorerkrankungen u. Lymphomen

Nr.	Angebotene Leistung
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR32	Hochvoltstrahlentherapie
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR30	Oberflächenstrahlentherapie
VR31	Orthovoltstrahlentherapie

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 1 Nr. 2:	Brachytherapie
Anlage 3 Nr. 1:	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Interdisziplinäre Nachsorgesprechstunde mit ca. 3.500 Patienten/Jahr

B-21.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-21.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-21.11 Personelle Ausstattung

B-21.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			15,08	57,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,08		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	4,44		
	- ambulant	10,64		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,08	143,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,08		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,79		
	- ambulant	4,29		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ58	Strahlentherapie
	6 Fachärzte für Strahlentherapie

B-21.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		8,52	102,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		8,37		
	- indirekt		0,15		
Versorgungsbereich	- stationär		8,52		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,58	551,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,58		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,80		
	- ambulant		0,78		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Krieg

Univ.-Prof. Dr. med. Esther von Stebut-Borschitz

B-22.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**dermatologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Dermatologie (3400) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor (bis 30.09.2017)	**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Krieg**
Telefon	0221 / 478 – 4500
Telefax	0221 / 478 – 4538
E-Mail	**rosemarie.thielen-schaeffer@uk-koeln.de** (Sekretariat)
Klinikdirektorin (ab 01.10.2017)	**Univ.-Prof. Dr. med. Esther von Stebut-Borschitz**
Telefon	0221 / 478 – 82245
Telefax	0221 / 478 – 4538
E-Mail	**dermatologie-chefsekretariat@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie ist ein integrativer Bestandteil der Universitätsklinik Köln und gewährleistet als einzige dermatologische Klinik in Köln mit dem Auftrag der Maximalversorgung die regionale und überregionale Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, Allergien, sowie phlebologischen Erkrankungen und Wundheilungsstörungen.

Wir sind einer patientenorientierten, kooperativen Krankenversorgung auf internationalem Niveau verpflichtet, die sich auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Disziplinen sowie die Ergebnisse unserer wissenschaftlichen Forschung stützt.

Patienten stehen im Mittelpunkt unseres Handelns.

Allgemeines Ziel unserer Arbeit ist eine kontinuierliche Verbesserung der Krankenversorgung und unserer wissenschaftlichen Leistungen, um nachhaltig eine optimale Behandlung aller Patienten sicherzustellen.

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie verfügt über eine eigene Poliklinik mit unterschiedlichen Spezialambulanzen und Sprechstunden, eine Tagesklinik, sowie drei Stationen mit insgesamt 56 Betten.

Die Poliklinik wird jährlich von ca. 15.000 Patientinnen und Patienten konsultiert. Wenn eine weitere Behandlung notwendig ist, werden diese von der Poliklinik aus auf die unterschiedlichen Stationen, an die Tagesklinik oder die Spezialsprechstunden weitervermittelt.

Die Tagesklinik führt eine teilstationäre Behandlung für Patientinnen und Patienten durch, die nicht der ständigen stationären und ärztlichen Überwachung bedürfen, für die aber eine rein ambulante Behandlung nicht ausreichend wäre.

In unseren Laboratorien arbeiten über 40 wissenschaftliche und forschende Mitarbeiter sowie Doktoranden. Neben klinischen Laborleistungen, wie z. B. histologische, mikrobielle und immunologische Untersuchungen, werden wissenschaftliche Untersuchungen zum Verständnis und zur Therapie von Hautkrankheiten durchgeführt.

B-22.2 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-22.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD14	Andrologie
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD15	Dermatohistologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD16	Dermatologische Lichttherapie
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD00	Diagnostik und Therapie von Bindegewebserkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
VD00	Diagnostik und Therapie von Geschlechtskrankheiten
	einschließlich HIV/AIDS
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	Dermatologische Tumorchirurgie (u. a. Malignes Melanom)
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VD11	Spezialsprechstunde
VD20	Wundheilungsstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Optische Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR14	Optische laserbasierte Verfahren

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Native Sonographie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

B-22.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-22.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.240
Teilstationäre Fallzahl	1.137
Anzahl Betten	57

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein Patient wird pro Quartal als ein Fall gezählt, unabhängig von der Zahl seiner Termine.

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.

B-22.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstiger Hautkrebs	368
2	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	231
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	193
4	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen - Systemische Sklerose	119
5	L40	Schuppenflechte - Psoriasis	93
6	A46	Wundrose - Erysipel	82
7	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	71
8	B86	Krätze - Skabies	69
9	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	68
10	L30	Sonstige Hautentzündung	68
11	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	56
12	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	49
13	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	49
14	L23	Hautentzündung durch allergische Reaktionen auf Kontaktstoffe	35
15	L50	Nesselsucht	35
16	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphigoidkrankheit	34
17	L73	Sonstige Krankheit im Bereich der Haaransätze (Haarfollikel)	24
18	L88	Geschwürbildung und Absterben der Haut	22
19	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	21
20	L43	Knötchenflechte	20
21	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	19
22	M33	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Muskulatur und Haut angreift - Dermatomyositis-Polymyositis	18
23	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht - Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	17

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	16
25	L51	Hautkrankheit mit scheibchenförmigen Rötungen - Kokardenerythem	16
26	D04	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Haut	15
27	I87	Sonstige Venenkrankheit	15
28	L94	Sonstige örtlich begrenzte Krankheit des Bindegewebes	15
29	I83	Krampfadern der Beine	14
30	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphiguskrankheit	14

B-22.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	1.087
2	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	920
3	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	614
4	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	501
5	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	484
6	8-971	Fachübergreifende Behandlung einer Hautkrankheit	467
7	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	213
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	177
9	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	171
10	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	167
11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	161
12	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	153
13	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	147
14	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	117
15	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	79
16	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	77
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	68
18	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	67
19	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	52
20	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	51

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hyposensibilisierung	51
22	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	48
23	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	46
24	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	42
25	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	40
26	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	37
27	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	31
28	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	23
29	5-186	Wiederherstellende Operation von Teilen der Ohrmuschel	17
30	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	17

B-22.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allergieambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Autoinflammatorische Erkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie neutrophiler Dermatosen und autoinflammatorischer Erkrankungen wie Pyoderma gangraenosum, Akne fulminans, Erythema nodosum, Sweet-Syndrom, Morbus Behcet und andere

Nr.	Angebotene Leistung
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen

Bullöse Dermatosen und Autoimmunerkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen

Dermatologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Genodermatosen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

Infektiologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Laserambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

Mastozytosesprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie kutaner und systemischer Mastozytosen

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VD11	Spezialsprechstunde

Phlebologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie der chronisch venösen Insuffizienz

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

Privatambulanz

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Proktologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie analer Erkrankungen

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

Psoriasissprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten

STD-Ambulanz/Spezialambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)

Nr.	Angebotene Leistung
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Tumorambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

Wundheilungsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie chronischer Wunden

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

B-22.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	315
2	5-898	Operation am Nagel	6
3	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	4
4	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	< 4
5	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
6	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 4

B-22.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-22.11 Personelle Ausstattung

B-22.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			20,58	108,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,58		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	10,97		
	- ambulant	9,61		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			12,46	179,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,46		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	6,64		
	- ambulant	5,82		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF06	Dermatohistologie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF31	Phlebologie
ZF33	Plastische Operationen

B-22.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		43,52	51,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		43,52		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		33,71		
	- ambulant		9,81		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		0,52	4.307,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,52		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,52		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		4,96	451,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,96		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		2,32		
	- ambulant		2,64		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller

B-23.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**zahnklinik.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie (3500) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller**
Telefon	0221 / 478 – 96555
Telefax	0221 / 478 – 5774
E-Mail	**hildegard.quetting@uk-koeln.de** (Sekretariat)

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie gliedert sich in eine Bettenstation, die Ambulanz für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, die Privatambulanz und die oralchirurgische Ambulanz. Operationen finden in unserem OP, dem Eingriffsraum oder in den zahnärztlich-chirurgischen Behandlungseinheiten statt.

Die Station befindet sich im Bettenhaus der Uniklinik in der Kerpener Strasse 62 auf der Ebene 13/2. Die Räume der mund-, kiefer-, und gesichtschirurgischen Ambulanz und der Privatambulanz finden sich auf der Ebene 01D.

Unsere Klinik und Poliklinik leistet das gesamte mund-kiefer-gesichtschirurgische, oralchirurgische und implantologische Behandlungsspektrum. Wir sind ein Kompetenzzentrum für oro- und kraniofaziale Fehlbildungen.

Desweiteren gehören rekonstruktiv-plastische Eingriffe im Kopf- und Halsbereich zu unseren operativen Tätigkeiten.

Zusammenfassend gliedert sich das Behandlungsspektrum in folgende Teilbereiche und Schwerpunkte.

Traumatologie im Gesichtsbereich

Im Speziellen verfügen wir über Digitale Volumentomographen zur optimalen Diagnostik. Des Weiteren finden bei sehr komplexen Verletzungen navigationsgestützte bzw. computer-assistierte Verfahren Anwendung.

Tumorchirurgie/Rekonstruktive Chirurgie

Hier findet eine sehr enge Kooperation mit den Kollegen der Klinik für Strahlentherapie statt. Zum chirurgischen Behandlungsspektum, zählen moderne computerassistierte Verfahren sowie sämtliche mikrovaskuläre/mikrochirurgische Rekonstruktionstechniken.

Kraniofaziale Chirurgie/angeborene Fehlbildungen

Dieser Bereich zählt zu den wesentlichen Bestandteilen unserer Klinik, die Sprechstunde wird durch Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller geleitet. Es besteht eine enge Kooperation mit der Neurochirurgie. Pro Jahr werden über 60 craniofaziale Eingriffe durch den ärztlichen Direktor, Prof. Zöller, durchgeführt.

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Dysgnathiebehandlung

Die Sprechstunde findet gemeinsam mit den Kollegen der Klinik für Kieferorthopädie statt. Des Weiteren bieten wir den niedergelassenen Kollegen im kieferorthopädischen Arbeitskreis die Möglichkeit die Fälle regelmäßig mit uns zu diskutieren. Besonderes Kennzeichen unserer Klinik ist die Anwendung von computer-assistierten Verfahren, der dreidimensionalen Darstellung und von uns entwickelten dreidimensionalen chirurgischen Operationssplinten.

Plastische Gesichtschirurgie

Unsere Operateure besitzen eine jahrelange Erfahrung im Bereich der ästhetischen Chirurgie. Gesichtsstraffungen, Nasenchirurgie und Lidkorrekturen gehören zum Behandlungsspektrum der Klinik. Die MKG-Oberärzte und der ärztliche Direktor besitzen die Zusatzbezeichnung „Ästhetische und plastische Operationen“.

Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Die Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie zeichnet sich durch strukturierte Fortbildungsveranstaltungen, ärztliche Weiterbildungen und Forschung aus. Ein wesentlicher Bestandteil ist die klinische Erprobung des Digitalen Volumentomographen und die gezielte Anwendung im Bereich der dentoalveolären Diagnostik und Implantologie. Klinisch bieten wir unseren Patienten ein Gesamtkonzept im Hinblick auf die Schaffung eines suffizienten Knochenangebotes/-lagers durch Distraktion oder Beckenkammtransplantation für die anschließende dentale Implantation an.

Diagnostik

Die Abteilung besitzt folgende Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik:

DVT, OPG, Zahnfilm, Schädelaufnahmen

Sonographie

B-23.2 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-23.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA15	Plastische Chirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen

Neurochirurgie

VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge

Rekonstruktive Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Native Sonographie

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde
VZ03	Dentale Implantologie
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
VZ11	Endodontie
VZ12	Epithetik
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Angeborene Fehlbildungen
VX00	Ästhetische Chirurgie
	Nasenchirurgie, Face-Lift
VX00	Computer-assistierte Chirurgie
VX00	Dentoalveoläre Chirurgie
VX00	Implantologie
VX00	Kraniofaziale Chirurgie
VX00	Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
VX00	Orthognathe Chirurgie
	Korrektur von Fehlstellungen der Kiefer
VX00	Präimplantologischer Knochenaufbau
	Vertikale Alveolarkammdistraktion, Beckenkammtransplantation
VX00	Rekonstruktive Chirurgie
	Mikrovaskuläre Chirurgie, Freie Gewebslappen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Röntgendiagnostik
	Sonographie, DVT, OPG, Zahnfilm
VX00	Traumatologie im Gesichtsbereich
VX00	Tumorchirurgie im Kopf-Gesichts-Halsbereich

B-23.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-23.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.429
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

B-23.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	352
2	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	138
3	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	123
4	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	102
5	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	98
6	C44	Sonstiger Hautkrebs	72
7	C03	Zahnfleischkrebs	45
8	C04	Mundbodenkrebs	39
9	C02	Sonstiger Zungenkrebs	37
10	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	30
11	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	27
12	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	25
13	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	20
14	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	19
15	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	18
16	C05	Gaumenkrebs	14
17	K13	Sonstige Krankheit der Lippe bzw. der Mundschleimhaut	14
18	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	11
19	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	11
20	C00	Lippenkrebs	10
21	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	10
22	S06	Verletzung des Schädelinneren	9

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	9
24	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	8
25	L90	Hautkrankheit mit Gewebsschwund	8
26	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	7
27	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	7
28	S01	Offene Wunde des Kopfes	7
29	S08	Abtrennung von Teilen des Kopfes durch einen Unfall	7
30	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	6

Oben genannte Tabelle fasst die Hauptdiagnosen der Patienten zusammen, die stationär in unserer Klinik für Mund-Kiefer und Gesichtschirurgie behandelt werden. Die Einteilung, bzw. Aufgliederung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den Leser und Kliniker leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

Entsprechend können wir bei den rein stationären Patienten folgende Hauptdiagnosen zusammenfassen:

1. Frakturen im Kiefer-Gesichtsbereich
2. Abszesse im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3. Tumore in der Mund-Kiefer-Gesichtsregion
4. Atrophie im Bereich der Kiefer (präprothetische Chirurgie)
5. Skelettale Dysgnathie (orthognathe Chirurgie)
6. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
7. Kraniofaziale Fehlbildungen
8. Ästhetische Fehlbildungen im Bereich des Gesichtes

B-23.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	313
2	5-230	Zahnentfernung	298
3	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	293
4	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	228
5	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	191
6	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	164
7	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	161
8	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	126
9	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	123

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	111
11	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	104
12	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	99
13	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	98
14	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	97
15	5-764	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des vorderen Unterkiefers	94
16	5-776	Operative Durchtrennung von Knochen zur Verlagerung des Untergesichts	89
17	5-765	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des hinteren Unterkiefers	84
18	5-77b	Knochenverpflanzung bzw. -umlagerung an Kiefer- oder Gesichtsschädelknochen	83
19	5-312	Anlegen eines dauerhaftern, künstlichen Luftröhrenausganges	77
20	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	73
21	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	72
22	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	62
23	9-984	Pflegebedürftigkeit	60
24	5-275	Operative Korrektur des harten Gaumens - Palatoplastik	59
25	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	58
26	5-221	Operation an der Kieferhöhle	54
27	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	54
28	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	49
29	5-249	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern	48
30	5-777	Operative Durchtrennung zur Verlagerung des Mittelgesichts	47

Oben genannte Tabelle fasst die therapeutischen Eingriffe zusammen. Die Abteilung deckt das komplette Feld der Mund-Kiefer und Gesichtschirurgie, zahnärztlichen Chirurgie, Implantologie, kraniofazialen und plastischen Gesichtschirurgie ab. Des Weiteren versorgen wir das Krankenhaus in Mehrheim konsiliarisch mit. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den Leser und Kliniker leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

Entsprechend wurden bei den rein stationären Patienten in absteigender Reihenfolge die aufgeführten Eingriffe am häufigsten durchgeführt:

1. Versorgung von Frakturen im Kiefer-Gesichtsbereich
2. Behandlung von Abszessen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3. Tumorexzision und Rekonstruktion von Tumoren in der Mund-Kiefer-Gesichtsregion
4. Präprothetische Chirurgie, Rekonstruktion von atrophierten Kiefern mittels Beckenknochen

5. Mono- und bimaxilläre Umstellungsosteotomien, incl. Genioplastiken
6. Verschluss bzw. Rekonstruktion von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
7. Korrigierende Eingriffe bei kraniofazialen Fehlbildungen
8. Korrektur von ästhetischen Fehlbildungen im Bereich des Gesichtes

B-23.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine Ambulanz und Poliklinik für Mund-Kiefer und Plastische Gesichtschirurgie und interdisziplinäre Poliklinik für orale Chirurgie und Implantologie

Privatambulanz
Notfallambulanz (24h)
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz für Implantologie und Implantatplanung

Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz für Orthognathe Chirurgie, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz für Tumornachsorge im Kopf-/Halsbereich

Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz und Sprechstunde für Craniofaziale Chirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

B-23.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	308
2	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	109
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	58
4	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	26
5	5-245	Zahnfreilegung	18

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	13
7	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	9
8	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	< 4
9	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	< 4
10	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
11	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
12	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	< 4
13	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
14	5-909	Sonstige wiederherstellende Operation an der Haut bzw. Unterhaut	< 4

Oben genannte Tabelle fasst die therapeutischen Eingriffe im Rahmen von ambulanten Operationen zusammen. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den Leser und Kliniker leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

In unserer Abteilung werden pro Jahr ca. 1.300 stationär ambulante Operationen, sowie 2.000 operative Eingriffe in Lokalanästhesie ohne stationäre Verweildauer durchgeführt. Entsprechend wurden in absteigender Reihenfolge die aufgeführten Eingriffe am häufigsten durchgeführt:

1. Osteotomie von retinierten Weisheitszähnen
2. Zahnsanierungen
3. Metallentfernungen nach Umstellungsosteotomien bzw. Traumatologie
4. Präprothetische Chirurgie, Rekonstruktion von atrophierten Kiefern mittels Beckenknochen
5. Traumatologie
6. Ästhetische Chirurgie

B-23.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-23.11 Personelle Ausstattung

B-23.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			12,07	118,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,07		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	8,85		
	- ambulant	3,22		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,15	232,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,15		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	4,51		
	- ambulant	1,64		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
AQ66	Oralchirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie
AQ64	Zahnmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF12	Handchirurgie
ZF13	Homöopathie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF33	Plastische Operationen

B-23.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		23,53	60,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		23,53		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		23,53		
	- ambulant		0,00		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		2,20	649,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,20		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		2,20		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,05	1.360,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,05		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,15		
	- ambulant		0,90		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger

B-24.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**anaesthesie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung (3600) Hauptabteilung
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger**
Telefon	0221 / 478 – 82054
Telefax	0221 / 478 – 87811
E-Mail	**bernd.boettiger@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin betreuen jährlich mehr als 30.000 Patienten während ihrer Behandlung in der Uniklinik Köln. Der Schwerpunkt der anästhesiologischen Tätigkeit liegt dabei in der optimalen perioperativen Betreuung. Patienten werden in enger Kooperation mit den operativen und konservativen Kliniken sorgfältig auf die Operation bzw. Eingriff vorbereitet. Während der Operation kommen modernste Verfahren zur Durchführung und Überwachung der individuell angepassten Narkose zum Einsatz. Nach der Operation findet die Weiterbetreuung auf einer der Intensivstationen unserer Klinik, der Post-Anaesthesia Care Unit (PACU), im Aufwachraum und auch auf der Normalstation statt. Die Klinik betreut auch eine Vielzahl konservativer Prozeduren zahlreicher Kliniken an der Uniklinik Köln (z.B. interventionelle Kardiologie, interventionelle Radiodiagnostik) sowie diagnostische Prozeduren, die unter Narkose durchgeführt werden müssen (z. B. Kinderheilkunde).

Oberstes Ziel ist dabei eine rasche Erholung von der Operation und die Vorbeugung von Komplikationen. Dabei ist eine konsequente Schmerzbehandlung von zentraler Bedeutung. Bei der operativen und diagnostischen Versorgung von Unfall- und anderen Notfallpatienten stehen alle Möglichkeiten auf dem Niveau eines universitären Supramaximalversorgers zur Verfügung.

Die Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin bietet alle gängigen Verfahren der Allgemeinanästhesie und Regionalanästhesie an (oftmals auch in Kombination).

Das Leistungsspektrum reicht dabei von kleinen Eingriffen im ambulanten Bereich bis zu hoch spezialisierten Operationen mit komplexen Überwachungsverfahren, wie z. B. in der Herz- und Neurochirurgie. Für Eingriffe mit starken Schmerzen werden spezielle Verfahren zur Schmerzlinderung eingesetzt, die durch einen Akutschmerzdienst durchgängig betreut werden. Patienten mit chronischen Schmerzen werden vom Schmerzzentrum der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin sowohl im Klinikum, als auch ambulant mit einem überregionalen Einzugsgebiet betreut.

Das Engagement der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin in Lehre und Forschung gewährleistet diese Versorgung auf höchstem medizinischem und wissenschaftlichem Niveau und Ausbildungsstand.

B-24.2 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-24.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeine Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
	Operative Intensivmedizin unter anästhesiologischer Leitung
VC71	Notfallmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI40	Schmerztherapie
	Schmerzzentrum

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Anästhesieleistungen bei operativen Eingriffen und diagnostischen Prozeduren
	Anästhesie bei OPs (Allgemein-, Herz-, Gefäß- u. Unfallchirurgie, Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie u. Geburtshilfe, HNO, Orthopädie, Urologie, Zahnheilkunde, MKG), u. bei diagnost. u. intervent. Eingriffen: Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, Pneumologie, Radiologie u. a.

B-24.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-24.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	220
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	32

Mitbehandlung bei über 3.000 Patienten,
die nicht direkt von der Intensivstation entlassen
wurden und daher hier nicht mitgezählt werden.

B-24.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	15
2	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	13
3	S36	Verletzung von Bauchorganen	9
4	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	8
5	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	8
6	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	6
7	R57	Schock	5
8	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	4
9	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	4
11	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	4
12	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	4
13	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	4
14	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	4
15	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	4
16	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	4
17	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	4
18	C15	Speiseröhrenkrebs	< 4
19	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
20	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
21	C54	Gebärmutterkrebs	< 4
22	C67	Harnblasenkrebs	< 4
23	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
24	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	< 4
25	I77	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern	< 4
26	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	< 4
27	M62	Sonstige Muskelkrankheit	< 4
28	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	< 4
29	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	< 4
30	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	< 4

B-24.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	3.316
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.503
3	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	1.332
4	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	1.325
5	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	1.030
6	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	1.017
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	947

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	806
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	375
10	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	274
11	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	215
12	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	149
13	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	113
14	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	112
15	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	80
16	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	68
17	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	55
18	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	53
19	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	52
20	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	51
21	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	50
22	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	34
23	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	34
24	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	33
25	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	30
26	8-901	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Atemwege	30
27	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	29
28	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	29
29	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	28
30	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	27

B-24.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Anästhesiesprechstunde Orthopädie

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der Anästhesie-Sprechstunde werden Patienten anästhesiologisch für operative Eingriffe vorbereitet, das Narkoseverfahren festgelegt und Aufkärungsgespräche geführt.

Anästhesiesprechstunde zentrale OP-Bereiche

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der Anästhesie-Sprechstunde werden Patienten anästhesiologisch für operative Eingriffe vorbereitet, das Narkoseverfahren festgelegt und Aufkärungsgespräche geführt.

Anästhesiesprechstunde HNO- und Augenklinik

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der Anästhesie-Sprechstunde werden Patienten anästhesiologisch für operative Eingriffe vorbereitet, das Narkoseverfahren festgelegt und Aufkärungsgespräche geführt.

Privatambulanz

Privatambulanz

Schmerzzentrum

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Behandlung von akuten und chronischen Schmerzsyndromen

B-24.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-24.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-24.11 Personelle Ausstattung

B-24.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			111,85	1,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	111,85		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	110,24		
	- ambulant	1,61		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			65,47	3,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	65,47		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	64,53		
	- ambulant	0,94		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-24.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		82,03	2,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		82,03		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		82,03		
	- ambulant		0,00		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		7,62	28,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,62		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		7,62		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		2,01	109,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,01		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		1,91		
	- ambulant		0,10		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-25 Zentrum für Palliativmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz

B-25.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Palliativmedizin**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**palliativzentrum.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Palliativmedizin (3752) Besondere Einrichtung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz**
Telefon	0221 / 478 – 3361
Telefax	0221 / 478 – 87579
E-Mail	**raymond.voltz@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Zentrum für Palliativmedizin im Dr.-Mildred-Scheel-Haus bietet Unterstützung für Patienten mit unheilbaren fortschreitenden Erkrankungen. Eine optimale symptom-orientierte Behandlung ist die Voraussetzung dafür, die verbleibende Lebenszeit möglichst gut zu gestalten.

Wir bieten die stationäre palliativmedizinsche Behandlung auf der Palliativstation im Dr.-Mildred-Scheel Haus, die beratende Mitbetreuung durch den palliativmedizinschen Konsiliardienst auf den Stationen der Uniklinik, die allgemeine ambulante Palliativversorgung in den Ambulanzen durch das MVZ und die Versorgung im häuslichen Umfeld durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) mit einem ärztlich/pflegerischen Palliative Care Team.

Die Palliativversorgung erfolgt im multiprofessionellen Team durch Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, qualifiziertem Pflegepersonal und weiteren qualifizierten Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Physiotherapeutensowie besonders geschulten Ehrenamtlichen. Die Arbeit des Teams orientiert sich primär an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen.

Mehr Informationen zu den Angeboten und Aktivitäten der Klinik finden Sie unter **palliativzentrum.uk-koeln.de**.

B-25.2 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-25.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI38	Palliativmedizin
VI40	Schmerztherapie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP14	Psychoonkologie

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Sektorenübergreifende spezialisierte Palliativversorgung

B-25.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-25.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	420
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	15

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	432 Fälle
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	868 Fälle
- davon ZE60 Palliativmediz. Komplexbehandl. (OPS 8-982)	357 Fälle

(Fallzahlen aus 2016)

B-25.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	R52	Schmerz	202
2	R06	Atemstörung	58
3	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	34
4	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	17
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	15
6	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	14
7	M54	Rückenschmerzen	12
8	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	6
9	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	5
10	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	4
11	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	4
12	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	4
13	R53	Unwohlsein bzw. Ermüdung	4
14	C15	Speiseröhrenkrebs	< 4
15	C16	Magenkrebs	< 4
16	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
17	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	< 4
18	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	< 4
19	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	< 4
20	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	< 4
21	C45	Bindegewebskrebs von Brustfell (Pleura), Bauchfell (Peritoneum) oder Herzbeutel (Perikard) - Mesotheliom	< 4
22	C50	Brustkrebs	< 4
23	C56	Eierstockkrebs	< 4
24	C60	Peniskrebs	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
25	C61	Prostatakrebs	< 4
26	C71	Gehirnkrebs	< 4
27	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	< 4
28	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	< 4
29	K72	Leberversagen	< 4
30	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4

Die Palliativstation wird derzeit als „Besondere Einrichtung“ mit Tagessätzen finanziert. Eine Zeitvorgabe wie im DRG-System gibt es daher nicht.

B-25.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	413
2	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung	318
3	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
4	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4

* = 8-98e: Palliativmedizinische Leistungen auf der Palliativstation
** = 8-982: Palliativmedizinische Leistungen außerhalb der Palliativstation (z. B. Konsiliardienst)

B-25.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Allgemeinmedizin/Palliativmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum der Uniklinik Köln, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gem. §§ 37b und 132d SGB V

B-25.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-25.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-25.11 Personelle Ausstattung

B-25.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			8,32	50,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,32		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	5,74		
	- ambulant	2,58		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,07	52,04
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,07		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	5,57		
	- ambulant	2,50		

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: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
	9 Personen
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
	2 Personen
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-25.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		17,81	23,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		17,81		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		17,81		
	- ambulant		0,00		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,23	1.826,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,23		
	- indirekt		0,00		
Versorgungsbereich	- stationär		0,19		
	- ambulant		0,04		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ12	Pflege in der Notfallmedizin
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care

B-26 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz

B-26.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**radiologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Radiologie (3751) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz**
Telefon	0221 / 478 – 82035
Telefax	0221 / 478 – 82384
E-Mail	**david.maintz@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Radiologische Institut ist für die bildgebende Diagnostik und radiologisch-interventionelle Versorgung aller stationären und ambulanten Patienten der Uniklinik Köln verantwortlich. Wegen der dezentralen Klinikstruktur finden sich Funktionsbereiche in dem EG und dem 1. UG DTZ, in der Notfallaufnahme, der Neurologie, der Kinderklinik, der Orthopädie und der MR-Tomographie. In Kooperation mit dem RZK und dem MVZ Radiologie wird im Herzzentrum ein Dual-Source-CT betrieben.

Das Radiologische Institut bietet den pädiatrischen und erwachsenen Patienten des Klinikums im ambulanten und stationären Versorgungsbereich eine optimale, modernen Qualitätsansprüchen genügende Diagnostik und bildgestützte Therapie praktisch aller Erkrankungen.

Hervorzuheben sind die Mammadiagnostik (Röntgen-Mammographien, MR-Mammographien, Mamma-Sonographie, Röntgenstereotaktische und MR-gesteuerte Biopsie-Entnahmen der Brust), die Herz- und Gefäßdiagnostik (CT-Koronarangiographie, MRT des Herzens, fabkodierte Duplex-Sonographie, CT-Angiographie und MR-Angiographie), die allgemeine- sowie die neuroradiologisch-interventionelle Behandlung von Gefäßerkrankungen mittels perkutaner transluminaler Gefäßrekanalisationen, Stentimplantationen, Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen sowie der endovaskulären Schlaganfallbehandlung, ferner die Diagnostik und minimal-invasive Therapie von Tumoren durch Chemoperfusion, Chemoembolisation,Radiofrequenzablationen und MR-gesteuerten Gewebeablationen mittels hochenergetischen fokussierten Ultraschallwellen (HIFU-Therapien). Hierzu stehen unter anderem eine digitale Flachdetektor-Mammographie-Anlage, ein Mammotom, drei modernste CT-Anlagen mit 256-Detektorzeilen, eine CT-Anlage mit 64 Detektorkränzen und eine 6-zeilige CT-Anlage sowie drei modernste 3,0 Tesla MR-Tomographien, drei 1,5 Tesla MR-Tomographen und eine offener 1,0 Tesla MR-Tomograph , eine hauptsächlich für neuroradiologische Interventionen genutzte 2-Ebenen-Angiographie-Anlage und eine für allgemeinradiologische Interventionen ausgelegte 1-Ebenen-Angiographie zur Verfügung. Die genannten Systeme sind mit allen gerätetechnischen Optionen für die diagnostische und interventionell-radiologische Krankenversorgung sowie für die Forschung auf höchstem universitären Niveau ausgestattet.

Die Abläufe werden durch die informationstechnologische Infrastuktur (modernes elektronisches Krankenhaus- und Radiologie-Informationssystem, neues elektronisches Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem für das Gesamtklinikum) und durch die stetige Optimierung und Weiterentwicklung von Standard Operation Procedures (SOPs) für häufige diagnostische und minimal-invasive interventionelle Maßnahmen bestimmt.

Die Forschungsschwerpunkte des Radiologischen Institutes liegen im kardiovaskulären, im onkologischen, im muskuloskelettalen und im neurowissenschaftlichen Bereich. Seit 2011 werden routinemäßig mechanische Thrombektomien beim ischämischen Schlaganfall und endovaskuläre Aneurysmabehandlungen durchgeführt. Hierbei kommen innovative Verfahren wie endoluminale und intraaneurysmatische Flussteiler zur Anwendung.

Seit vielen Jahren gehört die Computertomographie des Herzens zu einem der wissenschaftlichen Themenschwerpunkte des Radiologischen Institutes. Die kardiale MR-Tomographie ist klinisch inzwischen etabliert, wissenschaftlich werden neue Sequenztechniken evaluiert.

Seit 2012 werden mit der Berufung von Herrn Univ.-Prof. Dr. D. Maintz als Institutsdirektor neue Methoden der minimal-invasiven bildgesteuerten interventionellen Tumortherapie kontinuierlich u. a. in Kooperation mit der Klinik für Orthopädie (MRT-gesteuerte HIFU-Ablationen von ossären Tumoren), der Universitätsfrauenklinik

(MRT-gesteuerte HIFU-Ablationen von Uterusmyomen), der Klinik für Nuklearmedizin (SIRT-Therapie) und der interventionellen angiographisch-gesteuerten Schlaganfalltherapie und der interventionellen Therapie von vaskulären Fehlbildungen eingeführt und wissenschaftlich untersucht.

Auf dem senologischen Sektor werden der diagnostische Stellenwert modernster röntgenmammographischer Aufnahme-Systeme und MR-mammographisch gesteuerter Mamma-Interventionen in interdisziplinärer Kooperation mit dem Allgemeinen und dem Familiären Brustzentrum sowie mit externern Partnern bearbeitet. Weitere Forschungsschwerpunkte betreffen den Einsatz des Spiral- und des Mehrzeilen-Detektor-Akquisitionsmodus bei Polytraumen, die Möglichkeit der Dosisreduktion bei kinderradiologischen Fragestellungen, aber auch bei Erwachsenen, die digitale Radiographie in unterschiedlichen Organbereichen, sowie die Untersuchung neuer Interventionstechniken zur lokalen minimalinvasiven Tumortherapie.

Zusammenfassend wird durch die Synergie einer modernen, alle derzeit möglichen Fragestellungen abdeckenden Gerätetechnologie, einer komplex strukturierten elektronischen Informationstechnologie, der stetigen Verbesserung der Untersuchungs- und Interventionstechniken basierend auf den Kriterien der Evidence Based Medicine und der wissenschaftlichen Studien und Forschungsarbeiten von den Mitarbeitern des Radiologischen Institutes eine medizinisch effektive, diagnostische und interventionell-radiologische Versorgung der Patienten des Klinikums gewährleistet.

B-26.2 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-26.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR43	Neuroradiologie
VR40	Spezialsprechstunde
VR44	Teleradiologie
VR47	Tumorembolisation

Andere bildgebende Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)

Computertomographie (CT)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren

Darstellung des Gefäßsystems

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR15	Arteriographie
VR17	Darstellung des Gefäßsystems: Lymphographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

Magnetresonanztomographie (MRT)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

Projektionsradiographie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Native Sonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern

B-26.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-26.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-26.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-26.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	5.189
2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	3.984
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	3.895
4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	3.475
5	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	2.357
6	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.193
7	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1.690
8	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	1.163
9	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	1.080
10	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	739
11	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	597
12	3-201	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel	588
13	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	484
14	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	469
15	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	447
16	3-611	Röntgendarstellung der Venen in Hals und Brustkorb mit Kontrastmittel	443
17	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	442
18	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	427
19	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	417
20	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	392
21	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	366
22	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	305
23	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	301
24	3-60x	Sonstige Röntgendarstellung von Schlagadern mit Kontrastmittel	297
25	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	275
26	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	230

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	185
28	3-826	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	185
29	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	175
30	3-224	Computertomographie (CT) des Herzens mit Kontrastmittel	162

Leistungsspektrum in Stichworten

- Röntgenmammographien
- MR-Mammographien
- Pädiatrische Schädelsonographien
- Ganz-Körper-MR-Tomographien
- Coiling von Hirnaneurysmen
- Coiling/Verschluß von peripheren Aneurysmen
- minimal-invasive Rekanalisation von hirnversorgenden Arterien
- minimal-invasive Rekanalisation von Extremitätenarterien
- Chemoperfusion von Tumoren
- Chemoembolisation von Tumoren
- CT-gesteuerte PRT-Perkutane Radikuläre Therapie
- CT- gesteuerte Radiofrequenzablationen
- Röntgensterotaktische Mammabiopsien
- MR-gesteuerte Mammabiopsien
- Ganzkörper-MR-Tomographien

B-26.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kinderradiologie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

B-26.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	254
2	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	19
3	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	< 4
4	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	< 4
5	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	< 4
6	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	< 4
7	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	< 4

B-26.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-26.11 Personelle Ausstattung

B-26.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			40,47	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	40,47		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	31,64		
	- ambulant	8,83		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			19,73	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,73		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	15,42		
	- ambulant	4,31		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-26.11.2 Pflegepersonal

Im Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-27 Transfusionsmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Gathof

B-27.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Transfusionsmedizin**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**transfusionsmedizin.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung II (3790) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Gathof**
Telefon	0221 / 478 – 4869
Telefax	0221 / 478 – 6179
E-Mail	**birgit.gathof@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Transfusionsmedizin versorgt die Patienten der Uniklinik, verschiedener Nachbarkrankenhäuser sowie Praxen mit Blutkomponenten, transfusionsmedizinischen, immunhämatologischen und hämostaseologischen Leistungen. In der Blut-Management-Ambulanz werden Patienten mit verschiedenen Fragestellungen wie Hämochromatose und präoperativer Eigenblutspende/Hb-Optimierung betreut.

Die Transfusionsmedizin unterstützt mit ihrem umfangreichen arzneimittelrechtlichen Wissen ebenso die Zell- und Gewebetherapie. Hierfür ist ein umfangreiches Qualitätsmanagementsystem etabliert. Dies gewährleistet die Sicherheit der Hämotherapie (Behandlung mit Blut und Blutprodukten), Zell- und Gewebetherapie auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik.

Im Blutspendebereich erfolgen jährlich über 34.000 Vollblutspenden von ca. 16.000 Blutspendern. Die jeweils 500 ml Blutspende werden in die Bestandteile rote Blutkörperchen, Plasma und Blutplättchen aufgetrennt. Mittels Apherese werden Spezialpräparate, z. B. jährlich mehr als 7.000 Blutplättchen-, Erythrozyten- und Blutstammzellenkonzentrate, hergestellt. Diese Blutpräparationen gelten als Arzneimittel und werden einzeln oder in Kombination am Patienten angewendet. Mit dem GMP-Labor ist in der Transfusionsmedizin ein besonders qualifizierter Herstellungsbereich für Blut- und Zellpräparationen verfügbar.

Jede Fremdblutspende wird vor Freigabe auf die Krankheitserreger Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Parvovirus B19 und Syphilis getestet. Das „Restrisiko“ der Übertragung (im Test noch nicht erkennbarer, sehr frischen Infektionen) ist sehr gering: unter 1 zu 5 Millionen für HIV; unter 1 zu 300.000 für Hepatitis. Hierdurch hat die Eigenblutspende (ca. 100/J) vor planbaren Operationen an Bedeutung verloren. Jedoch werden vor Netzhaut-Operationen Eigenblut-Plättchenkonzentrate hergestellt. Ebenso werden Eigenserumaugentropfen aus Eigenblut für Patienten mit therapieresistenten Hornhautdefekten für die Selbstanwendung hergestellt.

Forschungsschwerpunkt der Transfusionsmedizin ist die sicherere Herstellung und qualitätsgesicherte Anwendung von Blut- und Zellpräparationen, sowie der Einfluss der Hämotherapie und Blutspende auf metabolische und sonstige Parameter.

Besonderer Dank gilt den gesunden Menschen (Bevölkerung aus den umliegenden Stadtvierteln, Studenten, Patientenangehörige, Mitarbeiter des Klinikums), die mit ihren Spenden intensive Tumortherapien, Blutstammzelltransplantationen oder große Operationen (z. B. mit der Herz-Lungenmaschine) erst sicher möglich machen.

B-27.2 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-27.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Chirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC25	Transplantationschirurgie
	Diagnostik

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD20	Wundheilungsstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG17	Reproduktionsmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI00	Hämostaseologie
VI20	Intensivmedizin
VI45	Stammzelltransplantation
VI42	Transfusionsmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Strahlentherapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR30	Oberflächenstrahlentherapie

B-27.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-27.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-27.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-27.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	6.886
2	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	805
3	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	29

Die angegebene Anzahl zum OPS gibt die Anzahl der Patienten wieder, die gegebenenfalls mehrere Einheiten von Blutkomponenten erhalten haben. Pro Fall wird deren Anzahl mit einem OPS-Schlüssel in der weiteren Differenzierung (z. B. „8-800.70 Erythrozytenkonzentrat 16 TE bis unter 24 TE, TE = Transfusionseinheit“) kodiert. Die OPS-Schlüssel werden hier auf der vierstelligen Ebene zusammengefasst dargestellt.

B-27.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Eigenblutspende, Transfusionsmedizin

Sonstiges: Blutspendezentrale
Privatambulanz

Immunhämatologische, transfusionsmedizinische, hämostaseologische Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI42	Transfusionsmedizin

B-27.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-27.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-27.11 Personelle Ausstattung

B-27.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			9,11	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,11		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	7,67		
	- ambulant	1,44		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,00	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,00		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	5,05		
	- ambulant	0,95		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ59	Transfusionsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF11	Hämostaseologie

B-27.11.2 Pflegepersonal

In der Transfusionsmedizin wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-28 Zentrum für Pharmakologie

Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Fuhr

PD Dr. Thomas Streichert

B-28.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Pharmakologie**
Hausadresse	Gleueler Straße 24 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**pharmakologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Leiter des Zentrums (z. Z. beurlaubt)	**Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig**
Telefon	0221 / 478 – 88729
E-Mail	**sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de**
Kommissarischer Leiter Bereich Forschung und Lehre	**Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Fuhr**
Telefon	0221 / 478 – 88729
E-Mail	**sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de**
Kommissarischer Leiter Bereich Therapeutisches Drug Monitoring	**PD Dr. med. Thomas Streichert**
Telefax	0221 / 478 – 5290 0221 / 478 – 5273
E-Mail	**thomas.streichert@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Pharmakologie ist eine medizinische Fachrichtung. Sie untersucht die Wechselwirkungen von Stoffen und Lebewesen. Hierunter fallen insbesondere Arzneimittel, die eine wichtige Rolle in der modernen Medizin spielen, aber auch Giftstoffe.

Arzneimittelinformationsdienst

Unser Arzneimittelinformationsdienst beantwortet Fragen zu Arzneimitteln. Bitte wenden Sie sich an das Sekretariat des Zentrums für Pharmakologie. Von dort werden Sie mit einem kompetenten Facharzt oder Fachapotheker aus unserem Haus verbunden, der Ihre Fragen beantworten wird. Gerne können Sie sich auch per e-mail an uns wenden.

Sekretariat Zentrum für Pharmakologie
+49 (0)221 478-88729
Arzneimittel-Info@uk-koeln.de

B-28.2 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-28.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Arzneitherapeutischer Beratungsdienst
VX00	Therapeutisches Drug Monitoring
	Anfragen zu Pharmaka- und Therapie-Problemen, für folgende Arzneimittelklassen werden Bestimmungen der Serumkonzentrationen u. darauf basierende Therapieberatungen (TDM) durchgeführt: Antiepileptika, Benzodiazepine, Antiarrhythmika, Antimycotika, Stimulantien, Psychopharmaka, Immunsupressiva

Weiterhin werden Anfragen zu Pharmaka- und Therapie-Problemen bearbeitet, die aus dem Bereich des Klinikums, aber auch von niedergelassenen Ärzten und Patienten kommen. Des weiteren kooperiert dieser Bereich mit verschiedenen Kliniken und Arbeitsgruppen.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- Interne und externe Qualitätskontrolle des Therapeutischen Drug Monitoring (TDM):
  Basierend auf der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“, sowie Teilnahme seit 1976 an Ringversuchen
- Qualitätskontrolle bei Messungen außerhalb des TDM:
  Validierung von Analysenmethoden basierend auf den jeweils gültigen Richtlinien der Europäischen und der US-Amerikanischen Zulassungbehörden EMA und FDA zu "bioanalytical method validation"

- Qualitätskontrolle bei der Durchführung von Klinischen Studien:
  Richtlinien zur Good Clinical Practice (GCP)
- Arzneimittelkommission:
  Leitung der Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln wird durch Mitglieder des Instituts für Pharmakologie wahrgenommen.

B-28.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-28.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-28.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-28.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Pharmakologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-28.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-28.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-28.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-28.11 Personelle Ausstattung

B-28.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			2,75	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,75		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	2,31		
	- ambulant	0,44		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,04	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,04		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,71		
	- ambulant	0,33		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ47	Klinische Pharmakologie
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie

Facharztqualifikation Klinische Pharmakologie/Pharmakologie und Toxikologie

Das Weiterbildungsprogramm sieht eine jeweils 5-jährige Weiterbildungszeit vor (2 Jahre Basisweiterbildung im Gebiet Pharmakologie, 3 Jahre spezifische Weiterbildung). Ein Jahr der Basisweiterbildung sowie die gesamte spezifische Weiterbildung für beide Facharztqualifikationen können im Zentrum für Pharmakologie abgeleistet werden.

B-28.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Pharmakologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-29 Institut für Klinische Chemie

PD Dr. Thomas Streichert

B-29.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Klinische Chemie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**klinische-chemie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**PD Dr. med. Thomas Streichert**
Telefon	0221 / 478 – 4460
Telefax	0221 / 478 – 5273
E-Mail	**thomas.streichert@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Klinische Chemie bietet als Zentrallabor ein umfassendes Spektrum der Laboranalytik aus den Bereichen Klinische Chemie, Hämatologie, Hämostaseologie, Endokrinologie, Immunologie, Liquoranalytik, spezielle Stoffwechseldiagnostik und Molekularbiologie an.

Das Zentrallabor hat sich einem umfassenden Qualitätsmanagement verschrieben und ist seit 2008 nach der Norm DIN EN ISO 15189:2007 Medizinische Laboratorien - Besondere Anforderungen an die Qualität und Kompetenz - akkreditiert. Im selben Jahr ist auch der Bereich Patientennahe Sofortdiagnostik (POCT) der Uniklinik Köln, der unter der Verantwortung des Zentrallabors steht, nach der Norm DIN EN ISO 22870:2006 akkreditiert worden.

B-29.2 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-29.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Auto-Immundiagnostik
	Bestimmung von Autoantikörpern zur Diagnose, Verlaufs- und Therapiekontrolle systemischer und kutaner Autoimmunerkrankungen, autoimmuner Leber-, Magen-, Darm-, Nieren-, Schilddrüsen- und ZNS-Erkrankungen (antineuronale Antikörper), Neuropathien, Myositiden und Vaskulitiden. Rheumaserologie
VX00	Endokrinologie
	Bestimmung von Hormonkonzentrationen zur Diagnose, Verlaufs- und Therapiekontrolle (inkl. der Funktionsteste) sowie der entsprechenden Bindungsproteine bei Erkrankungen der Schilddrüse, der Niere, des RAA-Systems,Nebenniere, der Hypophyse/Hypothalamus, des Pankreas, der Gonaden und des Knochens
VX00	Flow-Cytometry
	Monitoring zellulärer Immundefekte (CD4-Zahl, CD4/8-Ratio bei HIV-Infektion), Quantifizierung von Lymphozytensubpopulationen (zellulärer Immunstatus), Quantifizierung hämatopoetischer CD34 Progenitorzellen zur Stammzelltransplantation
VX00	Hämatologie
	Bestimmung von Blut- und Differentialblutbildern sowie der manuellen und digitalen Mikroskopie zur Diagnose, Verlaufs- und Therapiekontrolle von benignen und malignen Erkrankungen des Bluts
VX00	Hämostaseologie
	Bestimmungen zur Abklärung einer angeborenen oder erworbenen plasmatischen Gerinnungsstörung (Blutungsneigung/Thrombophilie) und der Wirkung von Antikoagulantien. Orientierende Analytik der primären Hämostase
VX00	Klinische Chemie und Immunchemie
	Umfassendes klinisch-chemisches und immunchemisches Analysespektrum in Blut, Liquor und Urin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Liquordiagnostik
	Basisdiagnostik zur Beurteilung von Notfällen und erweiterte Diagnostik (Schrankenfunktion, intrathekale Immunglobulinsynthesen, Zytologie, Tumormarker, Demenzmarker) zur Beurteilung akuter und chronischer Entzündungen, Blutungen, Hinweis auf Malignome
VX00	Molekulare Diagnostik
	Bestimmung von genetischen Merkmalen zur Abschätzung des Risikos für Blutgerinnungsstörungen, Eisen-, Fettstoffwechselstörungen sowie HLA-B27
VX00	POCT
	Qualitätssicherung in der POCT-Analytik
VX00	Stoffwechseldiagnostik
	Bestimmung der proteinogenen Aminosäuren (inkl. Phenylalanin zur PKU-Verlaufskontrolle u. verzweigtkettige Aminosäuren zur Verlaufskontrolle bei MSUD), Bestimmung stoffwechselrelevanter Spurenelemente (Cu, Zn)
VX00	Therapeutisches Drug Monitoring
	Bestimmung von Medikamenten oder Metaboliten zur Therapiekontrolle (u.a. Immunsuppressiva, Herzglykoside, Antidepressiva, Antiepileptika)
VX00	Toxikologische Notfallanalytik
	Bestimmung der gängigen Substanzen, die zu Intoxikationen führen (Ethanol, Drogenscreening im Urin, Paracetamol), Bestimmung von Met- und Carboxyhämoglobin
VX00	Umfassende Notfallanalytik
	Täglich rund um die Uhr verfügbare Analytik und Beratung durch Arzt/ Naturwissenschaftler

B-29.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-29.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-29.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-29.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen des Zentral-Labors können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-29.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-29.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-29.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-29.11 Personelle Ausstattung

B-29.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			3,46	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,46		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	2,30		
	- ambulant	1,16		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,50	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,50		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,66		
	- ambulant	0,84		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ38	Laboratoriumsmedizin

B-29.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Klinische Chemie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-30 Institut für Pathologie

Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

B-30.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Pathologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**pathologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung IV (3792) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner**
Telefon	0221 / 478 – 6320
Telefax	0221 / 478 – 6360
E-Mail	**reinhard.buettner@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Pathologie, geleitet von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner ist nach DIN EN ISO/IEC 17020:2004 akkreditiert und seit 2013 als GCP-Labor (Good Clinical Practice) zertifiziert.

Zur Zeit sind 93 Mitarbeiter beschäftigt. Pro Jahr werden aktuell 40.000 pathologische Analysen bearbeitet, darunter auch Zytologien, Schnellschnittpräparate verschiedener Standorte und Präparate mit molekularpathologischen Fragestellungen. Das Institut fungiert als Referenzzentrum für Weichgewebstumoren und Leberpathologie. In diesem Rahmen werden Präparate zur konsiliarpathologischen Zusatzuntersuchung übersandt. Daneben werden durch das Institut diverse Organzentren der Universitätsklinik und auch externer Krankenhäuser betreut.

In der Abteilung für Molekularpathologische Diagnostik werden im laufenden Jahr ca. 6000 Fälle sowohl mit PCR-basierten Methoden, als auch durch Fluoreszenz in situ Hybridisierung untersucht. Zu den Einsendern gehören pathologische Institute im gesamten deutschsprachigen Raum.

Das Angebot wird ergänzt durch Fortbildungsmaßnahmen für Pathologen, Naturwissenschaftler und technische Angestellte in Zusammenarbeit mit der Internationalen Akademie für Pathologie und verschiedenen Industrieunternehmen. Das Institut ist zudem als Referenzinstitut an der Ausrichtung verschiedener molekularpathologischer QuiP-Ringversuche beteiligt.

B-30.2 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-30.3 Medizinische Leistungsangebote

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-30.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-30.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-30.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-30.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Pathologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-30.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-30.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-30.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-30.11 Personelle Ausstattung

B-30.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			16,94	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,94		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	7,85		
	- ambulant	9,09		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,14	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,14		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	4,70		
	- ambulant	5,44		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Zusätzlich 1,00 Molekularbiologe

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie

B-30.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Pathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-31 Institut für Neuropathologie

Univ.-Prof. Dr. med. Martina Deckert

B-31.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Neuropathologie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**pathologie-neuropathologie.uk-koeln.de/institut-fuer-neuropathologie**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung IV (3792) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Martina Deckert**
Telefon	0221 / 478 – 5265
Telefax	0221 / 478 – 7237
E-Mail	**neuropatho@uni-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Neuropathologie untersucht das gesamte Spektrum der Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Dazu steht ein breites Panel zahlreicher morphologischer, immunhistochemischer und enzymhistochemischer Techniken an zu diagnostischen Zwecken entnommenen Gewebeproben zur Verfügung.

Das Ziel der Untersuchungen ist die Diagnosestellung und Klassifikation von Tumoren, autoimmunen und infektiösen Entzündungen und degenerativen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Dazu werden Gewebeproben im Rahmen neurochirurgischer und stereotaktischer Interventionen entnommen. Des weiteren werden Gewebeproben bei Bandscheibenvorfällen und Erkrankungen der Wirbelsäule, Skelettmuskel-, Nerven-, Haut- und Dickdarmbiopsien (bei Verdacht auf Aganglionose) sowie Liquor-Proben untersucht.

Zunehmend halten molekularbiologische Methoden Einzug in die diagnostische Neuropathologie, die vor allem in der Diagnostik und Therapie glialer Tumoren und primärer Lymphome des Zentralnervensystems von Bedeutung sind. Außerdem führen wir neuropathologische Autopsien von Gehirn, Rückenmark, peripheren Nerven und Skelettmuskulatur durch.

Mit diesem Spektrum an Krankheiten und Methoden steht die Neuropathologie als klinisch-theoretisches Institut an der Schnittstelle zwischen den klinisch-neurologischen/neurochirurgischen Gebieten und grundlagenwissenschaftlichen Fächern (Molekukarbiologie, Immunologie, Genetik).

B-31.2 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-31.3 Medizinische Leistungsangebote

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-31.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-31.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-31.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-31.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Pathologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-31.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-31.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-31.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-31.11 Personelle Ausstattung

B-31.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			0,44	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,44		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,39		
	- ambulant	0,05		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			0,44	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,44		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,39		
	- ambulant	0,05		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ43	Neuropathologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –

B-31.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Neuropathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Krönke

B-32.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene**
Hausadresse	Goldenfelsstraße 19-21 50935 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**immih.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Martin Krönke**
Telefon	0221 / 478 – 32000
Telefax	0221 / 478 – 32002
E-Mail	**martin.kroenke@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Aufgabenbereich des Institutes

Im Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene (IMMIH) wird die gesamte bakteriologische, mykologische, parasitologische und infektionsserologische Diagnostik - mit Ausnahme virologischer Untersuchungen - stationärer und ambulanter Patienten des Uniklinikums Köln durchgeführt.

Im Jahre 2016 wurden ca. 380.000 klinische Untersuchungsmaterialien bearbeitet.

Das Methodenspektrum umfasst neben allen gängigen auch spezielle kulturelle Nachweisverfahren, sowie die molekularbiologische (PCR)-Diagnostik zum Nachweis schwer und nicht kultivierbarer Erreger (z. B. Erreger „atypischer“ Atemwegsinfektionen wie Legionellen, Chlamydien und Mykoplasmen, Gonokokken, Endokarditis-Erreger, Meningitis-Erreger, Erreger infektiöser Diarrhoe).

Dem Institut angeschlossen ist die Abteilung für Krankenhaushygiene, deren Aufgabenbereich in der krankenhaushygienischen Überwachung sämtlicher Kliniken des Uniklinikums Köln besteht.

Die in diesen Aufgabenbereich fallenden mikrobiologischen Untersuchungen werden ebenfalls im IMMIH durchgeführt.

Das IMMIH verfügt über eine moderne Labor-EDV (IMP).

Qualitätssicherung

Die diagnostischen Laboratorien des IMMIH sind akkreditiert nach DIN EN ISO 15189 sowie DIN EN ISO/IEC 17025 bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (DACH) für den Bereich chemisch und chemisch-physikalische Laboratoriumsdiagnostik, sowie medizinische Laboratoriumsdiagnostik in den Bereichen mikrobiologische Diagnostik, Infektionsserologie, molekularbiologische Diagnostik, Umweltanalytik und Krankenhaushygiene.

Die medizinisch-mikrobiologische und chemisch-physikalische Diagnostik unterliegen einem strukturierten Qualitätskontrollsystem, welches sowohl die interne Qualitätskontrolle als auch die externe Qualitätskontrolle durch die regelmäßige Teilnahme an jährlich mehr als 200 Ringversuchen in den Bereichen Bakteriologie, Molekularbiologie, Mykobakteriologie, Mykologie, Parasitologie, Infektionsserologie sowie bakteriologische und chemische Wasseranalytik (durchgeführt vorwiegend durch das Institut für Standardisierung und Dokumentation im Medizinischen Laboratorium e.V. (INSTAND)) umfasst.

B-32.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hat mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung keine Zielvereinbarung geschlossen.

B-32.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC30	Septische Knochenchirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI36	Mukoviszidosezentrum
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI41	Shuntzentrum

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)

B-32.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-32.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-32.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-32.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Mikrobiologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-32.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Reiseimpfsprechstunde

Privatambulanz

Tägliche Reiseimpfsprechstunde, Reisende können vor Reiseantritt über spezif. Infektionsrisiken u. mögliche Vorbeugungsmaßnahmen informiert u. beraten werden. Es werden alle reisemedizinisch relevanten Schutzimpfungen durchgeführt. Das Institut verfügt über eine anerkannte WHO-Gelbfieberimpfstelle.

Nr.	Angebotene Leistung
VX00	Reiseimpfsprechstunde

B-32.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-32.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-32.11 Personelle Ausstattung

B-32.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			2,84	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,84		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	2,00		
	- ambulant	0,84		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,09	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,09		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,47		
	- ambulant	0,62		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie

B-32.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-33 Institut für Virologie

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dr. h.c. Herbert Pfister

Univ.-Prof. Dr. med. Florian Klein

B-33.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Virologie**
Hausadresse	Fürst-Pückler-Straße 56 50935 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**virologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor (bis 31.01.2017)	**Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dr. h.c. Herbert Pfister**
Telefon	0221 / 478 – 3901
Telefax	0221 / 478 – 3902
E-Mail	**herbert.pfister@uk-koeln.de**
Institutsdirektor (ab 01.02.2017)	**Univ.-Prof. Dr. med. Florian Klein**
Telefon	0221 / 478 – 85801
Telefax	0221 / 478 – 85802
E-Mail	**florian.klein@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Virologie versorgt das gesamte Universitätsklinikum Köln sowie verschiedene externe Partnereinrichtungen mit virologischer Diagnostik. Im Jahre 2016 wurden insgesamt über 178.000 virologische Untersuchungen durchgeführt. Die angebotenen Untersuchungsmethoden umfassen serologische, immunologische und molekularbiologische Analysen und erlauben eine präzise Diagnostik für ein weites Spektrum humanpathogener Viren.

Das Institut ist nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert und bietet seinen diagnostischen Routineservice von Montag bis Samstag und eine Notfalldiagnostik, z. B. im Fall von Ausbrüchen, an 7 Tagen pro Woche von 8 bis 24 Uhr an. Die diagnostischen Laboratorien nehmen regelmäßig jährlich an mehr als 200 Ringversuchen im Bereich Virologie (Molekularbiologie und Infektionsserologie) teil.

Zudem erforschen die Mitarbeiter des Instituts Grundlagen der Virusbiologie und Virusimmunologie, entwickeln neue diagnostische Testverfahren und führen klinische Studien durch. Zu den Schwerpunkten des Instituts gehören im Besonderen die Erkennung und Beurteilung von Resistenzentwicklungen bei Viren, die Entwicklung neuer Impfkonzepte sowie die Anwendung von Antikörper-vermittelten Therapie-strategien. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Erforschung humaner Papillomviren inklusive der Leitung des Nationalen Referenzzentrums für Papillom- und Polyomaviren.

Seit 01.02.2017 ist Herr Prof. Dr. med. Florian Klein neuer Direktor des Instituts für Virologie.

B-33.2 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-33.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC25	Transplantationschirurgie

Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC07	Herztransplantation

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VD11	Spezialsprechstunde

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG15	Spezialsprechstunde

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH16	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI20	Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

B-33.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-33.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-33.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-33.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Virologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-33.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-33.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-33.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-33.11 Personelle Ausstattung

B-33.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			2,96	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,96		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	1,78		
	- ambulant	1,18		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			1,13	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,13		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,68		
	- ambulant	0,45		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

B-33.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Virologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-34 Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Univ.-Prof. Dr. med. Rita Schmutzler

B-34.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs**
Hausadresse	Kerpener Str. 34 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**familiaerer-brust-und-eierstockkrebs.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung IV (3792) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Rita Schmutzler**
Telefon	0221 / 478 – 86509
Telefax	0221 / 478 – 86510
E-Mail	**ute.strobel@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs betreut Patientinnen und Ratsuchende mit einer familiären Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs.

Brustkrebs ist die häufigste Tumorerkrankung der Frau. Viele Betroffene fragen sich, ob er bei ihnen erblich sein kann und welche Bedeutung dies für die eigene Erkrankung und möglicherweise für die ganze Familie hat. Unser Zentrum hat sich auf diese Themen spezialisiert.

Bei etwa 30 von 100 Brust- bzw. Eierstockkrebserkrankten sind Veränderungen im Erbgut für die Krebsentstehung verantwortlich. Wesentliche Kennzeichen des erblich bedingten Brust- und Eierstockkrebs sind eine Häufung von Erkrankten in der Familie, ein frühes Erkrankungsalter sowie Zweittumoren sowohl der Brust als auch der Eierstöcke. Am häufigsten finden sich Veränderungen (Mutationen) in den beiden Genen BRCA1 und BRCA2, die zusammen für etwa 25 von 100 aller erblich bedingten Fälle verantwortlich sind. Für die übrigen erblichen Fälle sind die Gene noch nicht identifiziert bzw. nicht ausreichend untersucht. In unserem Zentrum erfolgt die Gentestung nach der modernsten Methode im Rahmem einer Multigen bzw. Paneltestung (TruRisk®). Durch unsere nationalen und internationalen Forschungsarbeiten ist diese Testung immer auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand.

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs berät Patientinnen und Ratsuchende nicht-direktiv nach neuestem Stand der Wissenschaft.

Sollte eine Mutation nachgewiesen werden, bietet das Zentrum eine ausführliche Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten der Prävention an.

B-34.2 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-34.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG00	Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
	Das Zentrum bietet spezielle Präventions- und Beratungsmöglichkeiten für Patientinnen und Ratsuchende mit einer familiären Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs: z.B. Aufklärung zur genetischen Testung, Durchführung der genetischen Testung und Beratung, intensiviertes Früherkennungsprogramm.
VG15	Spezialsprechstunde

B-34.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Uniklinik hinausgehen

B-34.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-34.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-34.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-34.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

Leistungen: Aufklärung und Beratung zur genetischen Testung sowie Durchführung der genetischen Testung. Bei nachgewiesener Mutation: Beratung zur Prävention. Früherkennungsprogramm: Tast- und Ultraschalluntersuchungen der Brust, Mammographie und MRT der Brust

Nr.	Angebotene Leistung
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG15	Spezialsprechstunde

B-34.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-34.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-34.11 Personelle Ausstattung

B-34.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			7,64	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,64		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,00		
	- ambulant	7,64		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,64	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,64		
	- indirekt	0,00		
Versorgungsbereich	- stationär	0,00		
	- ambulant	7,64		

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: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ21	Humangenetik

B-34.11.2 Pflegepersonal

Im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Modul	Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	226	100,0 %
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	56	100,0 %
09/3	Herzschrittmacher-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation	65	100,0 %
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	145	100,0 %
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	49	100,0 %
09/6	Implantierbare Defib.-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation	53	100,0 %
10/2	Karotis- Revaskularisation	190	96,8 %
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	341	99,4 %
16/1	Geburtshilfe	2.109	99,3 %
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	28	100,0 %
18/1	Mammachirurgie	285	99,3 %
DEK	Dekubitusprophylaxe	707	99,0 %
HCH-A	Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert	1.573	99,9 %
HCH-M	Herzchirurgie – Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	(1)	(1)
HCH-K	Herzchirurgie – Koronarchirurgie, isoliert	(1)	(1)
Aort Kath Endo	Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	310	100,0 %
Aort Kath Trapi	Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	8	100,0 %
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	165	98,8 %
HEP IMP	Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	120	99,2 %
HEP WE	Zählleistungsbereich Hüftendoproth.-wechsel u. Komponentenw.	48	97,9 %
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	13	100,0 %
HTXM-TX	Herztransplantation	7	100,0 %
KEP	Knieendoprothesenversorgung	116	98,3 %
KEP IMP	Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	89	98,9 %
KEP WE	Zählleistungsbereich Knieendoproth.-wechsel u. Komponentenw.	27	96,3 %
LLS	Leberlebendspende	0	(2)
LTX	Lebertransplantation	9	100,0 %
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	< 4	(3)
NEO	Neonatologie	965	99,8 %
NLS	Nierenlebendspende	30	100,0 %
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	161	100,0 %
PNTX	Nierentransplantation	64	100,0 %
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	(1)	(1)

Fußnoten nächste Seite

Das Modul 21/3 Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention wurde vom G-BA mit Wirkung zum 01.01.2016 als Modul PCI in den Bereich der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) überführt. Diese Falzahl und Dokumentationsrate soll nicht veröffentlicht werden.

(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 hier laut Gemeinsamem 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.

Die Sortierung richtet sich nach den Modulschlüsseln.

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 SGB V

Krankenhäuser sind in Deutschland 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 fest. Eine oder mehrere Kennzahlen bilden einen Qualitätsindikator.

Liegt für ein Krankenhaus das Ergebnis zu einer Kennzahl außerhalb des Referenzbereichs, wird eine rechnerische Auffälligkeit festgestellt und ein Strukturierter Dialog eröffnet, bei dem das Krankenhaus um eine Stellungnahme gebeten wird.

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

Dieses 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. 2010 hatte das AQUA-Institut diese Aufgaben übernommen und 2015 an das IQTIG übergeben.

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
  www.iqtig.org
- QS NRW – Geschäftsstelle Qualitätsicherung NRW
  bei der Ärztekammer Nordrhein
  Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
  www.qs-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

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 %** x **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 = Objected), und wie das Verhältnis ist (O / E). So sollen Krankenhäuser vergleichbar werden, deren Fälle z. B. eine unterschiedliche Altersstruktur haben.

Beispielkrankenhaus A

Objected **O** = **2** Patienten mit Komplikation
Expected **E** = 0,125 x 10,0 % Pat. über 75 Jahre x 100 Patienten = **1,25** Patienten mit Komplikation
O / E = 2 / 1,25 = **1,6** **(schlechter als erwartet)**

Beispielkrankenhaus B

Objected **O** = **3** Patienten mit Komplikation
Expected **E** = 0,125 x 30,0 % Pat. über 75 Jahre x 100 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)

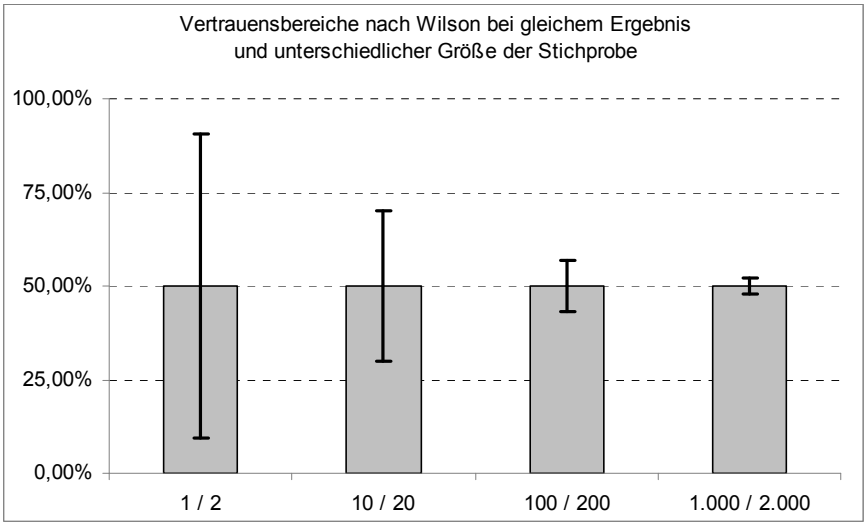
Das Verfahren ist stark abhängig von der Auswahl der Risikofaktoren aus den erfassten Daten und natürlich auch davon, welche Daten im Datenpool sind.

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 Strukturierten Dialog.

Datenschutz

Für Zähler, Nenner, Ergebnis und Vertrauensbereich dürfen laut Gemeinsamem 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 über 400 Kennzahlen im Verfahren der externen Qualitätssicherung nach SGB V im April 2017 im Hinblick auf die Veröffentlichungspflicht im Strukturierten Qualitätsbericht nach Kategorien bewertet.

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	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	**01**	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	**10**	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	**20**	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	**31**	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	**41**	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	**50**	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	**90**	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Beispiel:

U31: Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig - 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

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 **Berichts-jahr** / Kategorie im **Vorjahr**	**N** Bewertung nicht vorgesehen	**R** Ergebnis liegt im Referen-bereich	**H** Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	**U** Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ unauffällig	**A** Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ auffällig	**D** Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumen-tation	**S** Sonstiges
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 Referenz-bereich	◇ 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 Dokumen-tation	◇ 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: Anhang 3 (Qualitätsindikatoren für das Berichtsjahr 2016) zu Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2016)“ vom 26. April 2017 werden die Ergebnisse auf den folgenden Seiten dargestellt.

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a	**Leitlinienkonforme Systemwahl**
ID 54140	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
199 / 207	**96,14 %**	92,56 – 98,03 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,90 %	96,77 – 97,03 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. 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/eht150.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b	**Systeme 3. Wahl**
ID 54143	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 10,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,84 %	0,77 – 0,91 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 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. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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/eht150.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Eingriffsdauer**
ID 52128	Dauer der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
172 / 226	**76,11 %**	70,14 – 81,20 %	>= 60,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	86,95 %	86,71 – 87,18 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 52305	**Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen** Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
789 / 866	**91,11 %**	89,03 – 92,83 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,50 %	95,42 – 95,57 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a	**Chirurgische Komplikationen**
ID 1103	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 2,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,80 %	0,74 – 0,87 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06b	**Sondendislokation oder -dysfunktion**
ID 52311	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 3,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,32 %	1,24 – 1,40 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 51191	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 6,52 Fallzahl: 226	**1,07 O / E**	0,52 – 2,17 O / E	<= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,07	1,01 – 1,13		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Eingriffsdauer bis 45 Minuten**
ID 210	Dauer der Operation bis 45 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
51 / 56	**91,07 %**	80,74 – 96,13 %	>= 60,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	94,62 %	94,28 – 94,93 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 52307	**Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden** Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
241 / 249	**96,79 %**	93,79 – 98,36 %	>= 95,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,03 %	96,91 – 97,15 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie 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 Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Chirurgische Komplikationen**
ID 1096	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 56	**0,00 %**	0,00 – 6,42 %	<= 1,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,12 %	0,08 – 0,19 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 51398	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 56	**0,00 %**	0,00 – 6,42 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,19 %	0,14 – 0,27 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

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

09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a	**Chirurgische Komplikationen**
ID 1089	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 2,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,72 %	0,58 – 0,89 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01b ID 52315	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden** Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 45	**0,00 %**	0,00 – 7,87 %	<= 3,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,98 %	0,78 – 1,22 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 51404	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 9,00 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,31	1,14 – 1,52		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Leitlinienkonforme Indikation**
ID 50004	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
132 / 145	**91,03 %**	85,27 – 94,69 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	94,42 %	94,15 – 94,68 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Leitlinienkonforme Systemwahl**
ID 50005	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
135 / 145	**93,10 %**	87,77 – 96,21 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,68 %	95,44 – 95,91 %		

Kategorie	Bewertung der 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

In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Eingriffsdauer**
ID 52129	Dauer der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
99 / 126	**78,57 %**	70,62 – 84,83 %	>= 60,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	88,49 %	88,11 – 88,86 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 52316	**Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen** Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
433 / 458	**94,54 %**	92,07 – 96,28 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,64 %	95,51 – 95,77 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. 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.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a	**Chirurgische Komplikationen**
ID 50017	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 2,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,63 %	0,55 – 0,73 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06b	**Sondendislokation oder -dysfunktion**
ID 52325	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 126	**0,00 %**	0,00 – 2,96 %	<= 3,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,71 %	0,62 – 0,82 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 51186	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,38 Fallzahl: 145	**0,00 O / E**	0,00 – 2,71 O / E	<= 5,80 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	0,91 – 1,22		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Eingriffsdauer bis 60 Minuten**
ID 50025	Dauer der Operation bis 60 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
42 / 49	**85,71 %**	73,33 – 92,90 %	>= 60,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	93,62 %	93,15 – 94,06 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 52321	**Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden** Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausschlags der Sonden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
335 / 339	**98,82 %**	97,01 – 99,54 %	>= 95,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,24 %	98,13 – 98,34 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Krankenhausebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.
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.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Chirurgische Komplikationen**
ID 50030	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 1,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,18 %	0,12 – 0,28 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U32	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 50031	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 49	**0,00 %**	0,00 – 7,27 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,21 %	0,14 – 0,31 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

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

09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 52328	**Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff** Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 194	**3,09 %**	1,43 – 6,58 %	<= 8,58 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,43 %	3,25 – 3,61 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 52001	**Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff** Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 194	**3,61 %**	1,76 – 7,26 %	<= 6,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,43 %	3,26 – 3,62 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Infektion als Indikation zum Folgeeingriff**
ID 52002	Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 2,52 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,58 %	0,51 – 0,66 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

x

09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**Chirurgische Komplikationen**
ID 50041	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 53	**0,00 %**	0,00 – 6,76 %	<= 2,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,96 %	0,78 – 1,18 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 52324	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden** Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 43	**0,00 %**	0,00 – 8,20 %	<= 3,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,61 %	0,45 – 0,82 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 51196	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,06 Fallzahl: 53	**0,00 O / E**	0,00 – 3,39 O / E	<= 2,83 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,85 – 1,15		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 603	**Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch** Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
81 / 83	**97,59 %**	91,63 – 99,34 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,90 %	98,72 – 99,06 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 604	**Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch** Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
47 / 47	**100,00 %**	92,44 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,69 %	99,56 – 99,79 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 52240	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation** Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,46 %	4,18 – 9,87 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04 ID 11704	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch** Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 3,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	0,97 – 1,14		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 11724	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch** Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 4,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,10	0,99 – 1,22		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 ID 51437	**Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt** Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 10	**100,00 %**	72,25 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,63 %	97,03 – 98,11 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 51443	**Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt** Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 8	**100,00 %**	67,56 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,41 %	98,95 – 99,67 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 51873	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt** Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 2,78 Fallzahl: 34	**1,44 O / E**	0,57 – 3,26 O / E	<= 2,89 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,90	0,79 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozedualen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 51865	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt** Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 4,24 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,89	0,77 – 1,04		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Darüber hinaus werden in diesem Indikator neben periprozedualen Schlaganfällen nur Todesfälle erfasst, die während des stationären Aufenthalts auftreten. Todesfälle, die in einem Zusammenhang zum Eingriff stehen, können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin /des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Schwere Schlaganfälle werden hier definiert als ischämische Schlaganfälle bei denen -Gehen nur mit Hilfe möglich ist und / oder eine komplette Aphasie vorliegt, -die Patientin/der Patient bettlägerig bzw. rollstuhlpflichtig ist oder -der Schlaganfall einen tödlichen Ausgang hat. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a ID 51906	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation** Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,35 Fallzahl: 211	**0,00 O / E**	0,00 – 2,80 O / E	<= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,94	0,88 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01b ID 51418	**Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation** Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutterschleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 119	**0,00 %**	0,00 – 3,13 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,38 %	0,33 – 0,43 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 12874	**Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung** Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 5,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,33 %	1,22 – 1,45 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 10211	**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund** Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 25	**20,00 %**	8,86 – 39,13 %	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	11,51 %	11,03 – 12,01 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 51907	**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund** Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 25	**24,00 %**	11,50 – 43,43 %	<= 28,46 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	15,08 %	14,54 – 15,64 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03c ID 52535	**Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre** Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
	0		Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	24,30 %	20,33 – 28,77 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** 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.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Organerhaltung bei Ovareingriffen**
ID 612	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
60 / 63	**95,24 %**	86,91 – 98,37 %	>= 79,11 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,03 %	90,72 – 91,33 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden**
ID 52283	Blasenkatheter länger als 24 Stunden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
48 / 195	**24,62 %**	19,10 – 31,11 %	<= 6,85 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	↘ verschlechtert
Bundesergebnis	3,12 %	3,02 – 3,23 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U33	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 330	**Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen** Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
73 / 76	**96,05 %**	89,03 – 98,65 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,26 %	95,82 – 96,66 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 50045	**Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung** Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
952 / 973	**97,84 %**	96,72 – 98,58 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,72 %	98,67 – 98,77 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 52249	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten** Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
959 / 797,88 Fallzahl: 2060	**1,20 O / E**	1,15 – 1,26 O / E	<= 1,27 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,98 – 0,99		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten**
ID 1058	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 55	**0,00 %**	0,00 – 6,53 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,32 %	0,23 – 0,45 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a ID 321	**Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung** Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 1523	**0,39 %**	0,18 – 0,86 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,21 %	0,20 – 0,22 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b ID 51397	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung** Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 3,16 Fallzahl: 1523	**1,90 O / E**	0,87 – 4,13 O / E	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,96 – 1,06		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05c ID 51831	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung** Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 5,02 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,90 – 1,12		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten**
ID 318	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
250 / 259	**96,53 %**	93,53 – 98,16 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,06 %	95,82 – 96,29 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen**
ID 51803	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand

Index-Wert	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
25 / 1708	**1,81**	–	<= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,94 – 0,99		

Kategorie	Bewertung der 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

In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 51181	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten** Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 10,84 Fallzahl: 864	**1,20 O / E**	0,70 – 2,04 O / E	<= 2,09 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,96 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 54030	**Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 15,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	19,66 %	19,34 – 19,98 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Perioperative Antibiotikaprophylaxe**
ID 54031	Vorbeugende Gabe von Antibiotika

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
26 / 26	**100,00 %**	87,13 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,52 %	99,47 – 99,58 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 54033	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung** Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,16 Fallzahl: 17	**0,00 O / E**	0,00 – 2,70 O / E	<= 2,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,98 – 1,02		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 54036	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen** Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 4,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,83	0,76 – 0,91		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 ID 54038	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen** Infektion der Operationswunde – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,22 Fallzahl: 26	**0,00 O / E**	0,00 – 15,49 O / E	<= 3,14 (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,92	0,83 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 54040	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,33 Fallzahl: 26	**0,00 O / E**	0,00 – 10,13 O / E	<= 3,72 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,87	0,81 – 0,95		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 54042	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,95	0,92 – 0,98		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 54046	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen während des akut-stationären Aufenthaltes** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 2,00 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,98	0,94 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U31	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Besondere klinische Situation	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**
ID 51846	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
175 / 179	**97,77 %**	94,40 – 99,13 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,34 %	96,21 – 96,48 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a	**HER2-Positivitätsrate**
ID 52268	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
20 / 145	**13,79 %**	9,11 – 20,35 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	13,62 %	13,36 – 13,89 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Dies wird in dem Indikator „Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden“ berücksichtigt.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 52273	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden** Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2-Befund - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
20 / 22,94 Fallzahl: 146	**0,87 O / E**	0,58 – 1,29 O / E	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,98 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit keine Kenntnisse eines validen Referenzwertes für Deutschland vorliegen. Darüber hinaus kann nicht sicher ausgeschlossen werden, dass Verständnisprobleme bezüglich des Dokumentationsbogens zu Dokumentationsfehlern geführt haben könnten. Für das Erfassungsjahr 2017 wurde der Bogen angepasst. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 52330	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung** Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
40 / 40	**100,00 %**	91,24 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,52 %	98,34 – 98,68 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 52279	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung** Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
30 / 30	**100,00 %**	88,65 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	↗ verbessert
Bundesergebnis	90,71 %	90,32 – 91,08 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Primäre Axilladissektion bei DCIS**
ID 2163	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 15	**0,00 %**	0,00 – 20,39 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,12 %	0,06 – 0,24 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 50719	**Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie** Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 7	**0,00 %**	0,00 – 35,43 %	<= 18,39 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	10,34 %	9,53 – 11,21 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie**
ID 51847	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
59 / 63	**93,65 %**	84,78 – 97,50 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,44 %	95,21 – 95,66 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 51370	**Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation** Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
12 / 133	**9,02 %**	5,24 – 15,11 %	<= 24,15 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	6,33 %	6,14 – 6,53 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Da eine Brustkrebsoperation keinen Notfall darstellt, ist Betroffenen ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, kann dies auf Defizite bei der Information, Aufklärung und Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen hindeuten. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 52009	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)** Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
365 / 213,65 Fallzahl: 50404	**1,71 O / E**	– O / E	<= 1,95 (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,95	0,94 – 0,96		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Pflegedirektion

DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 52010	**Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4** Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,01 %	0,01 – 0,01 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U32	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Pflegedirektion

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a ID 2263	**Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation** Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss (ohne Notfalloperation)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,21 %	0,13 – 0,32 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01b ID 2280	**Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)** Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patienten mit keinem oder mittlerem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 1,81 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,15 %	0,08 – 0,27 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In diesem Indikator werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 2282	**Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation** Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 3,04 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,92 %	0,74 – 1,14 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Intraprozedurale Komplikationen**
ID 52006	Komplikationen während des Eingriffs

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 186	**0,00 %**	0,00 – 2,02 %	<= 2,36 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,54 %	0,42 – 0,71 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 340	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 186	**3,23 %**	1,49 – 6,86 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,91 %	2,59 – 3,27 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 341	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 177	**2,82 %**	1,21 – 6,44 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,22 %	1,94 – 2,55 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04c ID 12092	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 3,74 Fallzahl: 186	**1,60 O / E**	0,74 – 3,41 O / E	<= 1,80 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,02	0,91 – 1,14		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04d	**Status am 30. postoperativen Tag**
ID 345	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
174 / 186	**93,55 %**	89,06 – 96,27 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	82,67 %	81,90 – 83,42 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a ID 51914	**Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I** Angebrachter Grund für Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter) unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
272 / 317	**85,80 %**	81,53 – 89,22 %	>= 85,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	90,88 %	90,44 – 91,30 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01b ID 51915	**Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Aortenklappenscore 2.0** Entscheidung zum Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter) anhand bestimmter Kriterien

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
262 / 317	**82,65 %**	78,10 – 86,42 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	86,21 %	85,68 – 86,71 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 12001	**Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation** Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 2,85 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,26 %	1,10 – 1,45 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Intraprozedurale Komplikationen**
ID 51916	Komplikationen während des Eingriffs

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 317	**3,47 %**	1,95 – 6,11 %	<= 6,77 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	2,67 %	2,44 – 2,92 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Gefäßkomplikationen**
ID 52007	Komplikationen an den Gefäßen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 317	**2,52 %**	1,28 – 4,90 %	<= 17,84 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	8,23 %	7,83 – 8,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 11994	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 317	**1,58 %**	0,68 – 3,64 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,92 %	2,68 – 3,18 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b ID 11995	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 317	**1,58 %**	0,68 – 3,64 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,76 %	2,52 – 3,02 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05c ID 12168	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 9,80 Fallzahl: 317	**0,51 O / E**	0,22 – 1,18 O / E	<= 1,76 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,73	0,67 – 0,80		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05d	**Status am 30. postoperativen Tag**
ID 11997	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
304 / 317	**95,90 %**	93,11 – 97,59 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	74,64 %	73,98 – 75,29 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna**
ID 332	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
836 / 864	**96,76 %**	95,36 – 97,75 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	94,93 %	94,68 – 95,17 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a ID 2256	**Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation** Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss (ohne Notfalloperation)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 863	**0,00 %**	0,00 – 0,44 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,27 %	0,22 – 0,34 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 2257	**Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)** Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patienten mit keinem oder geringem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 827	**0,00 %**	0,00 – 0,46 %	<= 1,04 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,24 %	0,19 – 0,30 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In diesem Indikator werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 2259	**Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation** Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 849	**1,18 %**	0,64 – 2,15 %	<= 2,24 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,90 %	0,80 – 1,02 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 348	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
17 / 926	**1,84 %**	1,15 – 2,92 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,05 %	2,88 – 3,23 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 349	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
12 / 864	**1,39 %**	0,80 – 2,41 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,85 %	1,71 – 2,01 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04c ID 11617	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
17 / 14,51 Fallzahl: 926	**1,17 O / E**	0,73 – 1,86 O / E	<= 1,70 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,01	0,95 – 1,07		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04d ID 353	**Status am 30. postoperativen Tag** Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
900 / 926	**97,19 %**	95,92 – 98,08 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	79,67 %	79,25 – 80,08 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04e	**Sterblichkeit nach 30 Tagen**
ID 351	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
18 / 900	**2,00 %**	1,27 – 3,14 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,14 %	2,91 – 3,38 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a ID 2283	**Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation** Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss (ohne Notfalloperation)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 139	**0,00 %**	0,00 – 2,69 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,44 %	0,29 – 0,65 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01b ID 2284	**Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)** Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patienten mit keinem oder geringem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 123	**0,00 %**	0,00 – 3,03 %	<= 2,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,32 %	0,19 – 0,53 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

In diesem Indikator werden nur Mediastinitiden erfasst, die während des ersten stationären Aufenthaltes auftreten. Mediastinitiden können jedoch auch nach Entlassung bzw. Verlegung der Patientin/des Patienten auftreten. Daher kann es bei diesem Indikator zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 2286	**Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation** Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 4,13 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,53 %	1,23 – 1,91 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 359	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 142	**5,63 %**	2,88 – 10,72 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,94 %	4,41 – 5,53 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 360	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 139	**4,32 %**	1,99 – 9,10 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,11 %	3,61 – 4,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03c ID 12193	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 6,01 Fallzahl: 142	**1,33 O / E**	0,68 – 2,53 O / E	<= 1,68 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,94	0,84 – 1,05		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03d	**Status am 30. postoperativen Tag**
ID 11391	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
139 / 142	**97,89 %**	93,97 – 99,28 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	83,44 %	82,46 – 84,38 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03e	**Sterblichkeit nach 30 Tagen**
ID 362	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 139	**6,47 %**	3,44 – 11,85 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,91 %	4,24 – 5,68 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 54001	**Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation** Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
96 / 96	**100,00 %**	96,15 – 100,00 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,54 %	96,45 – 96,63 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 54002	**Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
47 / 48	**97,92 %**	89,10 – 99,63 %	>= 86,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	93,02 %	92,71 – 93,32 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 54003	**Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 15,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	17,46 %	17,15 – 17,78 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sturzprophylaxe**
ID 54004	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
103 / 103	**100,00 %**	96,40 – 100,00 %	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,87 %	92,75 – 92,99 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Perioperative Antibiotikaprophylaxe**
ID 54005	Vorbeugende Gabe von Antibiotika

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
166 / 166	**100,00 %**	97,74 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,79 %	99,77 – 99,81 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a ID 54015	**Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	11,53 %	11,27 – 11,79 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06b ID 54016	**Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation** Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 6,35 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,77 %	1,71 – 1,83 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06c ID 54017	**Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 46	**10,87 %**	4,73 – 23,04 %	<= 19,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	6,16 %	5,87 – 6,46 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07a ID 54018	**Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 11,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,42 %	4,26 – 4,59 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07b ID 54019	**Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation** Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 97	**5,15 %**	2,22 – 11,50 %	<= 8,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,37 %	2,30 – 2,44 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07c ID 54120	**Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 48	**12,50 %**	5,86 – 24,70 %	<= 23,95 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,19 %	9,83 – 10,56 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Beweglichkeit bei Entlassung**
ID 54010	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
94 / 96	**97,92 %**	92,72 – 99,43 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,98 %	97,91 – 98,04 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 54012	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung** Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4,88 Fallzahl: 133	**0,00 O / E**	0,00 – 0,77 O / E	<= 2,15 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,91	0,89 – 0,93		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10 ID 54013	**Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit** Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,20 %	0,18 – 0,22 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U32	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Unter Berücksichtigung verschiedener Faktoren wird für alle Patientinnen und Patienten mit Hüftendoprothesenimplantation die jeweils erwartete Sterbewahrscheinlichkeit berechnet. Unter den verstorbenen Patientinnen und Patienten werden die 10 % mit der geringsten Sterbewahrscheinlichkeit ermittelt und als Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“ festgelegt. Dieser Indikator bezieht sich ausschließlich auf Todesfälle bei diesen Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD**
ID 52382	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes nach Einsetzen eines Systems, das das Herz unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 30,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	26,64 %	23,90 – 29,57 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 52385	**Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD** Hirninfarkt oder Gehirnblutung nach Einsetzen eines Systems, das die Herzfunktion unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	**0,00 %**	0,00 – 39,03 %	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	8,81 %	7,18 – 10,78 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**Sepsis bei Implantation eines LVAD**
ID 52388	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die Herzfunktion unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	**0,00 %**	0,00 – 39,03 %	<= 39,13 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,60 %	8,80 – 12,71 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a	**Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD**
ID 52391	Fehlerhafte Funktion nach Einsetzen eines Systems, das die Herzfunktion unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	**0,00 %**	0,00 – 39,03 %	<= 5,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,05 %	0,57 – 1,92 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2157	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Angabe			<= 20,00 % (Toleranzbereich)	
Bundesergebnis	15,94 %	12,10 – 20,72 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S91	**Sonstiges** Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12542	Überleben nach 30 Tagen (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 5	**80,00 %**	37,55 – 96,38 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	90,81 %	86,78 – 93,70 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a	**1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12253	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Angabe			>= 75,00 % (Toleranzbereich)	
Bundesergebnis	78,23 %	72,94 – 82,73 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S91	**Sonstiges** Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b	**1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51629	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Angabe			>= 75,00 % (Toleranzbereich)	
Bundesergebnis	77,94 %	72,64 – 82,46 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S91	**Sonstiges** Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12269	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Angabe			>= 70,00 % (Toleranzbereich)	
Bundesergebnis	74,66 %	69,37 – 79,30 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S91	**Sonstiges** Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b	**2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51631	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Angabe			>= 70,00 % (Toleranzbereich)	
Bundesergebnis	74,40 %	69,11 – 79,06 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S91	**Sonstiges** Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a	**3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12289	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Angabe			>= 65,00 % (Toleranzbereich)	
Bundesergebnis	67,01 %	61,44 – 72,13 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S91	**Sonstiges** Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b	**3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51633	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Angabe			>= 65,00 % (Toleranzbereich)	
Bundesergebnis	66,78 %	61,22 – 71,91 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S91	**Sonstiges** Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 54020	**Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation** Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
82 / 83	**98,80 %**	93,49 – 99,79 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,43 %	97,34 – 97,51 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Indikation zur Schlittenprothese**
ID 54021	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,25 %	93,91 – 94,57 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 54022	**Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
22 / 26	**84,62 %**	66,47 – 93,85 %	>= 86,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,02 %	90,60 – 91,43 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U33	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Perioperative Antibiotikaprophylaxe**
ID 54023	Vorbeugende Gabe von Antibiotika

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
115 / 115	**100,00 %**	96,77 – 100,00 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,75 %	99,73 – 99,77 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Beweglichkeit bei Entlassung**
ID 54026	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
57 / 88	**64,77 %**	54,37 – 73,94 %	>= 80,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	92,03 %	91,90 – 92,16 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
H20	**Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen** Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 54028	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung** Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,4 Fallzahl: 106	**0,00 O / E**	0,00 – 2,64 O / E	<= 3,41 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,72	0,67 – 0,76		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2096	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	**0,00 %**	0,00 – 29,91 %	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	11,16 %	9,20 – 13,48 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01b ID 51594	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,17 Fallzahl: 9	**0,00 O / E**	0,00 – 2,31 O / E	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,95	0,79 – 1,15		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Tod durch operative Komplikationen**
ID 2097	Sterblichkeit innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	**0,00 %**	0,00 – 29,91 %	<= 5,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,08 %	0,57 – 2,04 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Postoperative Verweildauer**
ID 2133	Dauer des Krankenhausaufenthaltes nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 30,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	24,44 %	21,51 – 27,62 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U32	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12349	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 5	**100,00 %**	56,55 – 100,00 %	>= 70,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	82,12 %	79,28 – 84,65 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b	**1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51596	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 5	**100,00 %**	56,55 – 100,00 %	>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	79,28 %	76,36 – 81,93 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a	**2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12365	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 63,50 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	79,73 %	76,84 – 82,34 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b	**2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51599	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 55,93 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	77,00 %	74,05 – 79,71 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a	**3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12385	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 6	**66,67 %**	30,00 – 90,32 %	>= 64,22 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	74,85 %	71,82 – 77,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06b	**3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51602	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 6	**66,67 %**	30,00 – 90,32 %	>= 54,88 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	72,21 %	69,15 – 75,07 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2155	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	–		<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	10,46 %	7,58 – 14,26 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog, da das Lungentransplantationsprogramm auf Dauer pausiert wurde.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a	**1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12397	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 70,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	82,07 %	77,24 – 86,06 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog, da das Lungentransplantationsprogramm auf Dauer pausiert wurde.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b	**1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51636	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	81,79 %	76,95 – 85,80 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog, da das Lungentransplantationsprogramm auf Dauer pausiert wurde.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a	**2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12413	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 65,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	74,43 %	69,59 – 78,73 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog, da das Lungentransplantationsprogramm auf Dauer pausiert wurde.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b	**2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51639	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	–		>= 65,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	74,21 %	69,38 – 78,52 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog, da das Lungentransplantationsprogramm auf Dauer pausiert wurde.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12433	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 60,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	71,07 %	66,21 – 75,50 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog, da das Lungentransplantationsprogramm auf Dauer pausiert wurde.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b	**3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51641	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	–		>= 60,00 % (Toleranzbereich)	↗ verbessert
Bundesergebnis	70,88 %	66,01 – 75,31 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog, da das Lungentransplantationsprogramm auf Dauer pausiert wurde.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a ID 50048	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen und lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
26 / 14,61 Fallzahl: 875	**1,78 O / E**	1,22 – 2,59 O / E	<= 2,28 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,92 – 1,06		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01b ID 51832	**Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 136	**2,94 %**	1,15 – 7,32 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,15 %	3,79 – 4,54 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01c ID 51837	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 9,13 Fallzahl: 136	**0,44 O / E**	0,17 – 1,09 O / E	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	0,94 – 1,12		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a ID 51076	**Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 136	**8,09 %**	4,58 – 13,90 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,75 %	3,41 – 4,13 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 50050	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 7,29 Fallzahl: 136	**1,51 O / E**	0,85 – 2,59 O / E	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,96	0,87 – 1,06		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 51838	**Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,16 %	0,97 – 1,38 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 51843	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,82 – 1,15		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a ID 51079	**Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 112	**4,46 %**	1,92 – 10,03 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,28 %	5,78 – 6,83 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b ID 50053	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 14,36 Fallzahl: 112	**0,35 O / E**	0,15 – 0,78 O / E	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,77	0,71 – 0,84		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a ID 51078	**Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 93	**4,30 %**	1,69 – 10,54 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,36 %	2,96 – 3,81 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06b ID 50052	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)** Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 6,16 Fallzahl: 93	**0,65 O / E**	0,25 – 1,59 O / E	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,89	0,78 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung**
ID 51901	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen

Index-Wert	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
19 / 136	**0,63**	0,41 – 0,94	<= 1,86 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,89	0,85 – 0,94		

Kategorie	Bewertung der 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

Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick, Welch et al. 2004; Heller 2008; AQUA 2011). Um diesem Problem entgegen zu wirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung. Stand: 18.03.2013. Göttingen: AQUA. Signatur: 13-SQG-005. URL: https://sqg.de/downloads/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/2012/QI-Pruefung_Bericht_2012.pdf. Dimick, JB; Welch, HG; Birkmeyer, JD (2004): Surgical mortality as an indicator of hospital quality: the problem with small sample size. JAMA – Journal of the American Medical Association 292(7): 847-51. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of preterm birth with long-term survival, reproduction, and next-generation preterm birth. JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 50060	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)** Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 21,3 Fallzahl: 816	**0,52 O / E**	0,29 – 0,92 O / E	<= 2,77 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,96 – 1,06		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 50062	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)** Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
27 / 26,19 Fallzahl: 645	**1,03 O / E**	0,71 – 1,48 O / E	<= 2,30 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,95	0,89 – 1,00		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11	**Durchführung eines Hörtests**
ID 50063	Durchführung eines Hörtests

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
820 / 842	**97,39 %**	96,08 – 98,27 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,46 %	97,36 – 97,56 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12a	**Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad**
ID 50064	Körpertemperatur unter 36.0 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
41 / 911	**4,50 %**	3,33 – 6,05 %	<= 9,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	4,30 %	4,18 – 4,43 %		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12b	**Aufnahmetemperatur nicht angegeben**
ID 51845	Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht angegeben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	–		<= 6,17 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,37 %	1,31 – 1,45 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Zudem ist zu beachten, dass für diesen Indikator kein Referenzbereich definiert wurde, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Krankenhäuser vorgenommen wurde. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Indikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2137	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 30	**0,00 %**	0,00 – 11,35 %	Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Dialyse beim Lebendspender erforderlich**
ID 2138	Dialyse beim Spender erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 30	**0,00 %**	0,00 – 11,35 %	Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Intra- oder postoperative Komplikationen**
ID 51567	Komplikationen während oder nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 10,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,72 %	0,94 – 3,14 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a ID 12440	**Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 27	**0,00 %**	0,00 – 12,46 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,63 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 51568	**Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	5,43 %	3,93 – 7,46 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
D50	**Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation** Unvollzählige oder falsche Dokumentation	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 12636	**Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)** Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 1 Jahr nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 22	**0,00 %**	0,00 – 14,87 %	Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,17 %	0,03 – 0,97 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 ID 51997	**Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende** Auftreten von Eiweiß (Albumin) im Urin 1 Jahr nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	7,33 %	5,27 – 10,12 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 12667	**Neu aufgetretene arterielle Hypertonie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende** Neu aufgetretener Bluthochdruck innerhalb des 1. Jahres nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	13,18 %	10,34 – 16,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08a ID 12452	**Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 31	**0,00 %**	0,00 – 11,03 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08b ID 51569	**Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	6,92 %	5,18 – 9,20 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Sonstiges (im Kommentar erläutert) Alle Fälle wurden bereits im letzten Strukturierten Dialog bewertet.	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 12640	**Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)** Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 2 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 24	**0,00 %**	0,00 – 13,80 %	Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,70 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10 ID 51998	**Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende** Auftreten von Eiweiß (Albumin) im Urin 2 Jahre nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	4,11 %	2,58 – 6,48 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11a ID 12468	**Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 26	**0,00 %**	0,00 – 12,87 %	Sentinel-Event [y]	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,14 %	0,03 – 0,82 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11b ID 51570	**Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 26	**0,00 %**	0,00 – 12,87 %	Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	4,97 %	3,61 – 6,80 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12 ID 12644	**Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)** Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 3 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 19	**0,00 %**	0,00 – 16,82 %	Sentinel-Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,16 %	0,03 – 0,88 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13 ID 51999	**Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende** Auftreten von Eiweiß (Albumin) im Urin 3 Jahre nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	5,79 %	4,01 – 8,30 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
D50	**Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation** Unvollzählige oder falsche Dokumentation	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2171	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 60	**0,00 %**	0,00 – 6,02 %	<= 5,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,40 %	0,96 – 2,03 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a ID 2184	**Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung** Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) beim Empfänger

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
27 / 30	**90,00 %**	74,38 – 96,54 %	>= 60,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	76,02 %	73,65 – 78,23 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 2185	**Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung** Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines lebenden Spenders) beim Empfänger

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
29 / 30	**96,67 %**	83,33 – 99,41 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	94,59 %	92,42 – 96,16 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 2188	**Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
25 / 29	**86,21 %**	69,44 – 94,50 %	>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	87,03 %	85,08 – 88,76 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 2189	**Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (eines lebenden Spenders) bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
29 / 29	**100,00 %**	88,30 – 100,00 %	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,47 %	94,61 – 97,70 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Intra- oder postoperative Komplikationen**
ID 51557	Komplikationen während oder nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 60	**10,00 %**	4,66 – 20,15 %	<= 25,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	18,29 %	16,63 – 20,08 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a	**1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 2144	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
54 / 55	**98,18 %**	90,39 – 99,68 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,09 %	96,26 – 97,75 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b	**1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51560	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
54 / 55	**98,18 %**	90,39 – 99,68 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	92,77 %	91,58 – 93,81 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 ID 12809	**Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)** Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 54	**0,00 %**	0,00 – 6,64 %	<= 11,75 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	5,02 %	4,13 – 6,09 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 12729	**Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
53 / 53	**100,00 %**	93,24 – 100,00 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,88 %	94,87 – 96,70 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08a	**2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12199	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
48 / 50	**96,00 %**	86,54 – 98,90 %	>= 85,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,15 %	94,09 – 96,03 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08b	**2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51561	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
48 / 51	**94,12 %**	84,08 – 97,98 %	>= 85,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	90,47 %	89,10 – 91,68 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 12810	**Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)** Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 48	**0,00 %**	0,00 – 7,41 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,77 %	5,70 – 8,03 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10 ID 12735	**Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
44 / 47	**93,62 %**	82,84 – 97,81 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,87 %	93,70 – 95,82 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11a	**3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12237	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
43 / 51	**84,31 %**	71,99 – 91,83 %	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,52 %	90,22 – 92,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11b	**3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51562	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
43 / 51	**84,31 %**	71,99 – 91,83 %	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	86,51 %	84,99 – 87,90 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12 ID 12811	**Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)** Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 43	**0,00 %**	0,00 – 8,20 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,21 %	6,12 – 8,48 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13 ID 12741	**Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
41 / 43	**95,35 %**	84,54 – 98,72 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,55 %	94,47 – 96,43 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 2005	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme** Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
158 / 161	**98,14 %**	94,67 – 99,36 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,33 %	98,28 – 98,37 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 2009	**Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)** Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
126 / 135	**93,33 %**	87,82 – 96,45 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,74 %	95,65 – 95,82 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 2012	**Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-Index = 0)** Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
21 / 22	**95,45 %**	78,20 – 99,19 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,30 %	97,14 – 97,45 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 2013	**Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)** Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
58 / 62	**93,55 %**	84,55 – 97,46 %	>= 90,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	93,63 %	93,50 – 93,76 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04 ID 2028	**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung** Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
112 / 115	**97,39 %**	92,61 – 99,11 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,88 %	95,79 – 95,97 %		

Kategorie	Bewertung der 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, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 50778	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Objected / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 16,75 Fallzahl: 161	**0,78 O / E**	0,46 – 1,28 O / E	<= 1,56 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,99 – 1,01		

Kategorie	Bewertung der 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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede in der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/.

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**
ID 50722	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
98 / 145	**67,59 %**	59,60 – 74,67 %	>= 95,00 % (Zielbereich)	↗ verbessert
Bundesergebnis	96,32 %	96,25 – 96,39 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
A41	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig** Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

Die niedrige Rate ist weiterhin durch die unterschiedliche Aufnahme von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie bedingt. Es werden Patienten auch in der Neurologie, in der HNO und in anderen Fachabteilungen aufgenommen, wenn die Diagnose der Pneumonie erst im späteren Verlauf erkannt wird. Die deutliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr zeigt den Erfolg der durchgeführten Schulungsmaßnahmen auf der Notaufnahmestation, hier wird nun die Atemfrequenz nahezu durchgehend dokumentiert.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2143	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	**0,00 %**	0,00 – 39,03 %	<= 5,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,78 %	1,19 – 6,34 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung**
ID 2145	Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	**100,00 %**	60,97 – 100,00 %	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	82,95 %	76,71 – 87,79 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Entfernung des Pankreastransplantats**
ID 2146	Entfernung der transplantierten Bauchspeicheldrüse

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	**0,00 %**	0,00 – 39,03 %	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	15,47 %	10,92 – 21,45 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12493	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,75 %	88,19 – 95,63 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b	**1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51524	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00 %	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	83,64 %	78,10 – 88,00 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 12824	**Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 1 Jahr

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	85,71 %	79,76 – 90,13 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a	**2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12509	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 7	**71,43 %**	35,89 – 91,78 %	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	90,09 %	85,33 – 93,43 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U32	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06b	**2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51544	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 7	**71,43 %**	35,89 – 91,78 %	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	81,62 %	76,16 – 86,06 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
U32	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 12841	**Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 2 Jahren

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 5	**100,00 %**	56,55 – 100,00 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	80,21 %	74,00 – 85,23 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08a	**3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**
ID 12529	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 10	**80,00 %**	49,02 – 94,33 %	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	93,55 %	89,78 – 95,99 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08b	**3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)**
ID 51545	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 10	**80,00 %**	49,02 – 94,33 %	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	86,25 %	81,62 – 89,85 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 12861	**Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 3 Jahren

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 8	**87,50 %**	52,91 – 97,76 %	Nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	79,24 %	73,61 – 83,92 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N02	**Bewertung nicht vorgesehen** Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert	◇ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

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

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 26. April 2017 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 26. April 2017 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.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Leistungsbereich
Brustkrebs

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Neben verschiedenen fachabteilungsspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z. B. der NeoKiss Erhebung (Surveillance System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen) nimmt die Uniklinik Köln an keinen weiteren Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil. Diese Verfahren waren bis 2003 im Rahmen des BQS-Verfahrens (externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (a. F.) verpflichtend, werden aber seitdem nicht mehr weiterentwickelt.

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

Leistungsbereich	Mindestmenge (im Berichtsjahr 2016)	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2016)
Knie-TEP	50	93
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	185
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	59
Koronarchirurgische Eingriffe	–	(*)
Lebertransplantation	20	29
Nierentransplantation	25	64
Stammzelltransplantation	25	211
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	147

(*) = 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-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
	In der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie sind alle personellen, infrastrukturellen und logistischen Voraussetzungen für die stationäre Versorgung von Bauchaortenaneurysmen realisiert. Mit allen Verfahren vertraute Fachärzte, erfahrene Ärzte auf den Stationen sowie Pflegefachkräfte in der Intensivpflege betreuen die Patienten. Ein dem technischen Stand entsprechender OP-Saal mit invasivem Kreislaufmonitoring und intraoperativer bildgebender Diagnostik ist jederzeit einsatzbereit.
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten
	Die Pädiatrische Onkologie und Hämatologie erfüllt alle Anforderungen: Facharztqualifikationen, Visiten- und Rufdienst, fachliche Qualifikation im Pflegedienst, multiprofessionelles Team, Psychosozialdienst, abteilungsinterne Besprechungen, Tumorkonferenzen, Information an hausärztlichen Vertragsarzt, Anforderungen an Einrichtungen und Dienstleistungen, Notfallversorgung, Referenzdiagnostik, Fort- und Weiterbildung, Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität.
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde
	In der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin sind alle personellen, infrastrukturellen und logistischen Voraussetzungen für die Behandlung des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) und solider Lungenrundherde durch ein PET gegeben.
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1
	Die neonatologische Intensivstation erfüllt zusammen mit den Bereichen der Geburtshilfe und der Pränataldiagnostik alle personellen, fachlichen und infrastrukturellen Anforderungen an ein Perinatalzentrum Level I. Sie versorgt im deutschlandweiten Vergleich viele Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1250 g (in 2016 147 Kinder). Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1000 g. Die Nachsorge erfolgt über das Sozialpädiatrische Zentrum.
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V
	Die herzchirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Kinderkardiologie des Herzzentrums ist personell, technisch und räumlich sichergestellt. Ein multiprofessionelles Team aus Kinderherzchirurgen und -kardiologen, Anästhesisten, Kardiotechnikern, Pflegefachkräften, Physiotherapeuten und Diplom-Sozialpädagogen sowie modernste Technik mit Katheterlabor, MRT, extrakorporaler Membranoxygenisation, intraoperativer Echokardiographie und Herz-Lungenmaschine stehen zur Verfügung.
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positron-enemissions-tomographie bei Patienten und Patientinnen mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie/Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie/Chemoimmuntherapie
	Die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin erfüllt alle Anforderungen: Facharztqualifikationen, Erfahrung in der Durchführung von mind. 1000 selbständig durchgeführten u. befundeten PET-Untersuchungen, regelmäßige Fort- u. Weiterbildung, regelmäßiges Lymphomboard (Panel) der German Hodgkin Study Group, Indikationsstellung, interdisziplinäre Befund- u. Nachbesprechungen, Erfüllung der Anforderung an die technische Infrastruktur, Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität.

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ22	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms
	Die Kliniken und Polikliniken für Urologie und Nuklearmedizin arbeiten mit den personellen, infrastrukturellen und logistischen Voraussetzungen für die Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms, auf hohem technischem Niveau eng zusammen. Spezialsprechstunden durch arabisch, türkisch und russisch sprechende Ärzte erleichtern die Kommunikation mit nicht deutsch sprechenden Patienten.
CQ23	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen
	Das Programm für Stammzelltansplantation der Klinik I für Innere Medizin wurde durch das europäische Joint Accreditation Committee ISBT EBMT (JACIE) im Juni 2017 auditiert u. erhielt im Oktober die Zertifizierung für die autologe und allogene Stammzelltransplantation. Damit werden sehr umfassende Qualitätskriterien erfüllt und insbesondere auch bestätigt, dass ein funktionierendes Qualitätsmanagement im gesamten Bereich vorgehalten wird. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung werden damit erfüllt.

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]	658
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	377
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben [2]	262

[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.

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Uniklinik Köln und die Medizinische Fakultät haben im Mai 2013 ein neues gemeinsames Leitbild für die Uniklinik verabschiedet:

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 Beschäftigen 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

Ziel der Uniklinik Köln ist es, in ihren drei Aufgabenfeldern Spitzenleistungen zu erzielen:

- Forschung
- Lehre
- Krankenversorgung

In der Forschung ist der Maßstab das internationale Spitzenniveau. Die Uniklinik und die Medizinische Fakultät stehen in enger Verbindung mit den anderen Fakultäten der Universität zu Köln und den Spitzenforschungseinrichtungen der Region und der ganzen Welt. Besonders hervorzuheben ist die enge Verzahnung mit der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät, der Max-Planck-Gesellschaft und dem Forschungszentrum Jülich. Die Errichtung von Sonderforschungsbereichen und die Erlangung von renommierten Forschungspreisen durch Forscher der Uniklinik sind Ausdruck für die Leistung und Anerkennung der Uniklinik Köln.

In der Lehre ist die Uniklinik mit dem Modellstudiengang Medizin wegweisend bei neuen Konzepten der akademischen Lehre. Die Medizinstudenten werden früher als bisher mit der Praxis vertraut gemacht. Im Skills Lab bekommen sie anhand von Modellen einen Einstieg in den praktischen Anteil des ärztlichen Berufes. Im Rahmen des Modellstudienganges werden die Studenten in Kleingruppen intensiv betreut. Damit soll die Qualität der Lehre gestärkt werden, so dass die Studenten mit besseren Voraussetzungen in ihren Beruf starten. Die Studiendauer und die Studienergebnisse sind Indikatoren für diese Ziele.

In der Krankenversorgung steht das Wohl des Patienten im Mittelpunkt. Bei den Ergebnissen der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird das höchste Niveau angestrebt. Das beginnt beim Ausschluss von Mängeln, der Vermeidung von Fehlern und dem Minimieren von Risiken. Die Patienten vor unerwünschten Ereignissen zu bewahren ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung. Die Arbeitsgruppe Interdiziplinäre Infektionsprävention aus Zentraler Krankenhaushygiene, Mikrobiologie und Infektiologie schützt den Patienten vor Infektionen durch das Krankenhaus. Die Sicherheit zeigt sich in einer niedrigen Rate der Infektionen.
Ein umfassendes Risiko- und Fehlermanagement, das organisatorische, pflegerische und medizinische Fehler aufdeckt und auch aus Beinahefehlern (CIRS) Informationen sammelt, um Zwischenfälle mit Patienten zu vermeiden.

Die angemessene und für den Patienten annehmbare Behandlung, die seine Leiden lindert und seine Erkrankungen heilt, wird durch den Einsatz moderner wissenschaftlich abgesicherter Diagnostik und Therapie erreicht. Die reibungslose interdisziplinäre und die interprofessionelle Zusammenarbeit sind dafür notwendig.

Dazu müssen die organisatorischen Abläufe klar definiert und für die Mitarbeiter nachvollziehbar sein. Wesentliches Hilfsmittel ist ein klinisches EDV-System, das alle Kliniken und Institute durchdringt.

Eine ausreichende Finanzierung wird durch die sparsame und angemessene Verwendung der Mittel und eine hohe Auslastung sichergestellt. Damit wird der Scherenproblematik aus geringer Veränderungsrate der DRG-Baserate sowie den höheren Lohn- und Preissteigerungen erfolgreich begegnet.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ziel ist ein umfassendes Qualitätsmanagement nach dem Stand von Wissenschaft und Technik für die gesamte Uniklinik. Dadurch soll eine größtmögliche, abteilungsübergreifende Vereinheitlichung von diagnostischen, therapeutischen und administrativen Verfahren sowie organisatorischen Abläufen erzielt werden.
Zentrale Verfahren, die für alle Kliniken gültig sind, werden vom Vorstand freigegeben und dann eingeführt. Parallel dazu entwickeln die Abteilungen eigene QM-Systeme, um ihre spezifischen Anforderungen und Leistungen zu dokumentieren und zu regeln. Dabei werden sie von den Medizinischen Synergien (ZMS) beraten. Diese Struktur ermöglicht es, Kompetenzen zu bündeln, Problemlösungen berufsgruppenübergreifend zu entwickeln und Ressourcen optimal zu nutzen.

Im ZMS ist das zentrale Qualitätsmanagement organisiert. Es umfasst:

- Interne Risikoaudits, Begehungen der klinischen Bereiche in Kooperation mit der Zentralen Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und der Tochtergesellschaft medfacilities sowie den ärztlichen und pflegerischen Vertretern der begangenen Bereiche
- Koordination der Begehungen und Inspektionen der Aufsichtsbehörden sowie Nachverfolgung der Monita und geforderten Maßnahmen
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Lob- und Beschwerdemanagement
- Für Schadensfälle ist ein Verfahren etabliert, das einerseits vom London-Protokoll abgeleitet ist, und anderseits Elemente der Flugunfalluntersuchungen übernommen hat. Bei Verdacht auf Schadensfälle werden die Untersuchungen eingeleitet.
- Bei kritischen Ereignissen oder organisatorischen Mängeln werden für einen abgeschlossenen Bereich eine gesamte Analyse der Prozesse durchgeführt. Dies geschieht meist in Form von Bachelor- oder Masterarbeiten.
- Gesetzliche Zwischenfallmeldung nach AMG, TFG, MPG, soweit sie nicht von der zuständigen Abteilung durchgeführt wird
- Sturzerfassung und -analysen
- Externe Qualitätssicherung nach SGB V
- Organisation der Patientenbefragung, die Auswertung und interne Kommunikation erfolgt durch die Unternehmensstrategie
- Interne Audits
- Ideenwettbewerb
- Begleitung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Analyse von Patientenschäden

- Beratung von Kliniken, Instituten, Schwerpunkten und Bereichen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen
- IT-gestützte Dokumentenlenkung
- Mitarbeiterqualifikation durch das Bildungszentrum mit einem umfassenden Seminarprogramm und Weiterbildungsangeboten, das von ca. 2.400 Mitarbeitern besucht wurde, davon nahmen ca. 1.100 Mitarbeiter an Reanimationsschulungen im Skills Lab teil.
- Die Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde um ein spezielles monatliches Angebot für Wissenschaftler und Ärzte erweitert. Am 2. Arbeitstag eines jeden Monats erhalten die neuen wissenschaftlichen und ärztlichen Mitarbeiter Pflichtunterweisungen in Brandschutz, Hygiene, und Hämotherapie. Außerdem werden sie mit der Arzneimittelversorgung, der mikrobiologischen Diagnostik, dem Umgang mit aktiven Medizinprodukten und dem klinischen Risikomanagement vertraut gemacht.
- Für nicht wissenschaftliche Mitarbeiter werden zentrale Einführungen vierteljährlich durchgeführt. Für sie liegt in den jeweiligen Bereichen spezifische Einarbeitungskonzepte vor.

Die Medizinischen Synergien sind direkt dem Vorstand zugeordnet und unterstehen dem Ärztlichen Direktor. Sie sind mit der Planung und Umsetzung von Projekten und regelmäßigen Aufgaben des Qualitätsmanagements beauftragt und berichten dem Vorstand über Verlauf und Ergebnisse ihrer Arbeit.

Der Leiter ist in den Lenkungskommissionen der Uniklinik vertreten. In diesem Rahmen werden auch die Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach SGB V der Bundesebene, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG bzw. bis 2015 AQUA-Institut Göttingen) und der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (QS NRW) zusammengeführt und koordiniert.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Klinisches Risikomanagement

Die Uniklinik Köln strebt ein umfassendes Klinisches Risikomanagement an. Universitäre Medizin ist gefahrengeneigt, 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 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 Mitarbeiter oder Patienten offen sein, sie sollen niederschwellig und einfach sein.

Folgende Rückkopplungssysteme werden in der Uniklinik von den Medizinischen Synergien betrieben:

- Beim **Critical Incident Reporting System (CIRS)** können Mitarbeiter anonym und sanktionsfrei Risiken für Patienten 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 Anzahl der CIRS Meldungen stabilisert sich im Jahre 2016 auf hohem Niveau und betrug 662. Besonders beachtlich ist die hohe Quote von über 84 % der Meldungen, bei denen die Mitarbeiter ihren Namen für Rückfragen offenbarten. Das weist auf ein hohes Vertrauen zu den Betreibern des CIRS (Vorstand und ZMS) hin.
- Das **Lob- und Beschwerdemanagement** ist für Patienten, ihre Angehörigen und Besucher des Klinikums. Sie erzählen von guter Behandlung und Pflege und berichten von Missständen, Störungen und ggf. auch Fehlverhalten von Mitarbeitern der Uniklinik. Das Lob wird weitergegeben, den Beschwerden wird nachgegangen und der Sachverhalt aufgeklärt. Gegebenenfalls werden dann Korrekturen oder Korrekturmaßnahmen ergriffen.

  Über 2.500 Patienten und Angehörige haben sich in 2016 zu über 14.000 einzelnen Themen geäußert. Über 410 Korrekturmaßnahmen wurden daraufhin initiiert.
- **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 jährlich ca. 5.000 Patienten der Monate September bis November, die nach einem Zufallsverfahren ausgewählt und angeschrieben werden. Diese Befragung wird vom unabhängigen, renommierten Picker Institut aus Hamburg durchgeführt.
  - Mit fast 2.500 Antworten erreichte das Uniklinikum eine gute Rücklaufquote von etwa 50 %. Die Auswertung durch das Picker Institut liegt jeweils im Frühjahr des folgenden Jahres vor. Inzwischen liegen in 2015 die Ergebnisse der sechsten Befragung vor, so dass sich jetzt Wirkungen durch die ergriffenen Maßnahmen nachvollziehen lassen.
  - Alle Ergebnisse werden von der Unternehmensentwicklung für die einzelnen Kliniken aufbereitet und dort den Mitarbeitern und Leitungen vorgestellt. Daraus resultiert eine Vielzahl von einzelnen Verbesserungsmaßnahmen.
  - Desweiteren werden die Patientenbefragungen der Krankenkassen, wie AOK oder der Techniker Krankenkasse, sorgfältig ausgewertet.

- 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. Das Qualitätsmanagement begeht dann den klinischen Bereich gemeinsam mit der Krankenhaushygiene, der Arbeitssicherheit und der medfacilities (dem Tochterunternehmen der Uniklinik für Bau und Technik) sowie dem hygienebeauftragten Arzt und der hygienebeauftragten Pflegekraft. Dann werden die Risiken identifiziert und bewertert. Dazu werden auch weitere Fachleute wie Apotheker hinzugezogen. Nach der Risikobewertung werden zumsammen mit Ärzten und Pflegenden der Klinik Maßnahmen zu Risikominderung entwickelt. Dieses Vorgehen wurde in 2012 etabliert. In 2016 wurden 9 Kliniken und Institute begangen. 88 Risiken wurden erfasst und davon 82 Risiken bewertet; 48 Risiken wurden detailliert analysiert und Maßnahmen entwickelt.

  Die Internen Risikoaudits sollen jeden klinischen Bereich anlasslos begehen, um Risiken aufzudecken, die den Nutzern nicht bewusst oder nicht bekannt sind.

- **Der Ideenwettbewerb** soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Anreiz sein, über ihren originären Aufgabenbereich hinaus kreative Ideen zur Verbesserung der Abläufe in der Uniklinik einzubringen. Die Vorschläge sollen dazu beitragen die Krankenversorgung zu verbessern, Arbeitsverfahren zu optimieren und somit die Leistungsfähigkeit zu steigern, die Arbeitssicherheit, die Hygiene, den Umwelt- und Brandschutz zu erhöhen, Ressourcen einzusparen, die interkollegialen Beziehungen zu intensivieren und die Identifikation der Beschäftigten mit der Uniklinik zu verstärken. Die besten Ideen werden belohnt, eine Kommission bewertet die Vorschläge nach einheitlichen Kriterien.
  - Die Zahl der Ideen stabilisierte sich mit 500 im Jahre 2015 auf hohem Niveau. Das höchste Einsparvolumen einer einzelnen Idee betrug über 10.000 Euro.

- Die **M&M(Mortalitäts- und Morbiditäts)-Konferenzen** der jeweiligen Kliniken werden von einem ärztlichen Mitarbeiter der Medizinischen Synergien begleitet. Dieser nimmt insbesondere die Schwachstellen von organisatorischen Abläufen in den Fokus und entwickelt Maßnahmen. Im ersten Jahr wurden 21 Konferenzen von neun Kliniken begleitet.

- **Onkologisches Zentrum**: In 2013 wurde in der Uniklinik das Onkologische Zentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der ISO 9001 zertifiziert. In 2015 fand ein erfolgreiches Überwachungsaudit statt. Das Centrum für Integrierte Onkologie wurde von der Deutschen Krebshilfe wieder begangen und als Comprehensive Cancer Centrum bestätigt und die Förderung fortgeschrieben.

Rechnergestützte Dokumentenlenkung

Seit 2009 führt das Qualitätsmanagement der Uniklinik Köln eine rechnergestützte Dokumentenlenkung ein. Regeln, Dienst-, Verfahrensanweisungen, SOPs und Standards werden dort systematisch abgelegt und im Intranet zugänglich gemacht.

Nach einem Auswahlverfahren unter Beteiligung der Kliniken und Institute, die ein QM-System im Rahmen des Gewebegesetzes etabliert haben, wurde ein entsprechendes Software-System beschafft.

Mit dessen Hilfe lassen sich die QM-Dokumente nicht nur veröffentlichen, sondern auch per Mail ausgewählte Personengruppen über neue und revidierte Dokumente informieren.

Damit kann sichergestellt werden, dass Informationen zu Neuerungen gezielt verteilt werden können. Das System ist inzwischen in folgenden Bereichen, Kliniken und Instituten im Einsatz:

- Pflegedirektion
- Innere Medizin I und Centrum für integrierte Onkologie (CIO) mit
  Darmkrebszentrum
  Lungenkrebszentrum
  Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Brust- und Genitalkrebszentrum
- Dermatologie – Hauttumorzentrum
- Augenheilkunde – Hornhautbank
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- UniReha
- Transfusionsmedizin
- Virologie und Pharmakologie
- Institut für Rechtmedizin
- Apotheke
- Zentralbereich Medizinische Synergien mit
  Klinikangelegenheiten, Krisenmedizin, Alarmpläne
  Zentrale Krankenhaushygiene
  Urologie
  Neurologie – Stroke Unit
  Palliativmedizin

In den einzelnen Instanzen der Dokumentenlenkung werden jeweils bis zu 1.500 Dokumente gelenkt. Insgesamt sind über 10.000 Dokumente gelenkt. Der Ausbau in weitere Bereiche, Kliniken und Institute schreitet kontinuierlich voran.

Leitfaden für Einführung von QM Systemen

Für die Kliniken und Institute wurde ein Leitfaden erstellt, wie die Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 für eine Klinik, ein Institut oder einen anderen Schwerpunkt oder Bereich der Uniklinik entwickelt werden kann. Dabei wurden die Spezifika der Uniklinik Köln berücksichtigt und die Anforderungen der Norm in eine für Klinikmitarbeiter angemessene Form übertragen. Der Leitfaden ist modular aufgebaut und mit Beispielen und Vorlagen für die praktische Anwendung versehen. Der Leitfaden ist im Intranet veröffentlicht und somit jedem Mitarbeiter der Uniklinik frei zugänglich. Für den Umstieg von der Norm 9001:2008 auf die im Oktober 2015 neu herausgegebene Norm 9001:2015 wurde eine Anleitung mit Checkliste für die zertifizierten Bereiche erstellt.

Zusätzlich berät das zentrale Qualitätsmanagement Kliniken und Institute beim Aufbau und bei der Aufrechterhaltung der jeweiligen QM-Systeme, führt Prozessanalysen durch und harmonisiert die Strukturen des Qualitätsmanagements.

Die wesentlichen Normen des Qualitätsmanagements sind im Intranet für alle Beschäftigten und vor allem für die QM-Beauftragten frei zugänglich.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Aufbau von QM-Systemen

Das Qualitätsmanagement der Uniklinik orientiert sich an den Vorgaben der International Organisation for Standardization (ISO) DIN EN ISO 9000:2008ff und an den Gute Praxis Richtlinien (Gute Hospital Praxis, Good Clinical Practice, Good Manufacturing Practice, Good Laboratory Practice).

Um ihre spezifischen Leistungen abzubilden und zu regeln, entwickeln viele Abteilungen ein eigenes QM-System (QMS). Die Transfusionsmedizin verfügt z. B. seit 2001 über ein umfassendes QM-System für die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten.

Das Onkologische Zentrum mit den Organkrebszentren, Modulen und Schwerpunkten wurde nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und ISO 9001 erfolgreich reauditiert.

Zertifizierungen

Bereich	QM-Systeme und Zertifikate
Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
Onkologisches Zentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 sowie Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Onkologische Zentren OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Darmzentrum (T) im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 sowie Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Darmzentren (T) TÜV SÜD Management Service GmbH, München OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Hauttumorzentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 sowie Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Hautkrebszentren TÜV SÜD Management Service GmbH, München OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Brustzentrum Köln–Frechen	QMS nach den Anforderungen des Landes NRW für Brustzentren ÄKZERT der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster
Gynäkologisches Krebszentrum und Brustzentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 sowie Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren und Brustzentren TÜV SÜD Management Service GmbH, München OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin

Bereich	QM-Systeme und Zertifikate
Prostatakrebszentrum (T) im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 sowie Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Prostatakrebszentren (T) TÜV SÜD Management Service GmbH, München OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Lungenkrebszentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
Pankreaskarzinomzentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 sowie Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Pankreaskarzinimzentren TÜV SÜD Management Service GmbH, München OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Neuroonkologisches Tumorzentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Neuroonkologische Zentren OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Kopf-Hals-Tumorzentrum im Centrum für Integrierte Onkologie Köln Bonn (Standort Köln)	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kopf-Hals-Tumorzentren OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
Klinik und Poliklinik für Urologie inklusive Prostatazentrum (DVPZ)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
Stroke Unit in der Klinik und Poliklinik für Neurologie	QMS für eine Überregionale Stroke Unit nach dem Qualitätsstandard der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe LGA InterCert GmbH, Nürnberg
Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV Rheinland Cert GmbH, Köln
Überregionales Traumazentrum (TraumaNetzwerk DGU der Region Köln) in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Kriterien des Weißbuches der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie sowie Kriterien TraumaNetzwerk DGU DIOcert GmbH, Mainz
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Vorgaben der Initiative Endo Cert® im Bereich der endoprothetischen Versorgung ClarCert, Neu-Ulm
Medizinische Laboratoriumsdiagnostik im Institut für Klinische Chemie	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189:2007 und nach DIN EN ISO 22870:2006 (Point of care testing) DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH, Frankfurt am Main
Institut für Rechtsmedizin für die Bereiche Forensische Medizin, Toxikologie und Biologie	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 Deutsche Gesellschaft für Akkreditierung mbH, Frankfurt am Main

Bereich	QM-Systeme und Zertifikate
Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie – Medizinische Informatik (IMSIE-MI)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV Rheinland Cert GmbH, Köln
Institut für Pathologie Kompetenz als Inspektionsstelle Typ C	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020:2012 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH, Berlin
Medizinische Laboratoriumsdiagnostik der Zentralen Dienstleistung für Transfusionsmedizin	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189:2007 DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH, Frankfurt am Main
Forensik der Zentralen Dienstleistung für Transfusionsmedizin	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH, Frankfurt am Main
HLA-Labor der Zentralen Dienstleistung für Transfusionsmedizin	Akkreditierung nach den Standards der EFI, Version 5.6 EFI, European Federation for Immunogenetics, Leiden (Niederlande)
Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Medizinischen Fakultät	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
Sozialdienst für psychosoziale Beratung und Entlassmanagement	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
MedUniServ GmbH für logistische Dienstleistungen (Materialversorgung, Textilwirtschaft und Projektmanagement)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH, Neuss
MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH: MVZ Zentrales Management MVZ I Brustzentrum, Krykonservierung, Pränatalmedizin, Orthopädie MVZ II Augenheilkunde, Onkologie, Palliativmedizin, Nuklearmedizin, Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, Ärztliche Psychotherapie, Infektiologie, Neurologie, Hormonlabor MVZ III Humangenetik, Neurochirurgie	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
Radiologisches Zentrum am Universitätsklinikum Köln GmbH (RKZ) für Radiologische Diagnostik im CT und MRT	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
medfacilities GmbH für Entwicklung und Bau (Standort Köln) Bau (Standort Bergisch Gladbach)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH, Neuss
SteriServ GmbH für die zentrale Aufbereitung von Medizinprodukten (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Kommissionierung)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 und nach DIN EN ISO 13485:2012 Zertifizierungsstelle der Swiss TS Technical Services AG, Wallisellen

Reorganisation der Verwaltung

Unter Federführung des Kaufmännischen Direktors wurde ein Projekt zur Einsparung und Qualitätsverbesserung im Verwaltungsbereich der Uniklinik weitergeführt. Führungskräfte der mittleren und oberen Führungsebene legten die Schwerpunkte fest, die entweder deutliche Verbesserungs- oder Einsparpotentiale aufweisen. Dafür wurden die Prozesse durchleuchtet und zum Teil reorganisiert.

Dazu zählt der Ideenwettbewerb, der Beschaffungs- und Logistikprozess, der Personaleinstellungs- und Personalbetreuungsprozess. Für die Prozesse werden Kennzahlen entwickelt und in monatlichen Abständen an den Kaufmännischen Direktor berichtet.

Eine eigene Stabsstelle für Projekt- und Prozessmanagement wurde beim Kaufmännischen Direktor eingerichtet.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Audits

Die Audits wurden anhand der vorliegenden Verfahrensanweisungen vor Ort bei den Mitarbeitern durchgeführt. Alle zertifizierten QM-Systeme werden jährlich auditiert und die Ergebnisse im Management Review bewertet. Folgende Interne Audits wurden zentral durchgeführt

Auditierter Bereich	Regelwerke
Centrum für integrierte Onkologie (CIO) Onkologisches Zentrum (OZ)	DIN EN ISO 9001:2008 DKG-Erhebungsbogen
Klinik und Poliklinik für Dermatologie einschließlich Hauttumorzentrum	DIN EN ISO 9001:2008 DKG-Erhebungsbogen
Klinik und Poliklinik für Urologie einschließlich Prostatakrebszentrum (Transit)	DIN EN ISO 9001:2008 DKG-Erhebungsbogen
Brustzentrum Köln/Frechen – Standort Köln sowie Gynäkologisches Krebszentrum der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	DIN EN ISO 9001:2008 DKG-Erhebungsbögen Anforderungen des Landes Nordrhein-Westfalen an Brustkrebszentren
Brustzentrum Köln/Frechen – Standort Frechen	DKG-Erhebungsbogen Anforderungen des Landes Nordrhein-Westfalen an Brustkrebszentren
Darmkrebszentrum und Pankreaskarzinomzentrum	DIN EN ISO 9001:2008 DKG-Erhebungsbögen
Lungenkrebszentrum	DIN EN ISO 9001:2008
Modul Kopf-Hals-Tumoren	DKG-Erhebungsbogen
Modul Neuroonkologische Tumoren	DKG-Erhebungsbogen
Kernleistungserbringer für die Organkrebszentren (Nuklearmedizin, Radiologie, Radioonkologie, Pathologie, Palliativversorgung, Psychoonkologie)	DKG-Erhebungsbögen
Stroke Unit der Klinik und Poliklinik für Neurologie	Qualitätsstandard (Zertifizierungsantrag) nach dem Verfahren der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Auditierter Bereich	Regelwerke
Bereich der Pädiatrischen Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	DIN EN ISO 9001:2008
Rehabilitationskonzept „Auf die Beine“ für Kinder sowie Ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation der UniReha GmbH	DIN EN ISO 9001:2008

Benchmarking

Das Brustzentrum der Klinik für Frauenheilkunde hat sich auch 2016 wieder an einem freiwilligen Benchmarking beteiligt. Ausgewertet werden die Daten durch das Westdeutsche Brust-Centrum.

Die externe vergleichende Qualitätssicherung ist Teil der klinischen Prozesse. Die Daten werden von den Medizinischen Synergien auch unterjährig ausgewertet und den Klinikdirektoren und dem Vorstand vorgestellt.

Befragungen

Sowohl die selbst durchgeführten Befragungen des Picker Instituts, als auch die Befragungen der Krankenkassen, wie der AOK Rheinland und Hamburg, beinhalten Benchmarks zu den jeweiligen Fragen. Die Benchmarks werden differenziert zwischen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und Universitätskliniken. Die Ergebnisse werden dem Ärztlichen Direktor oder dem Klinischen Vorstand vorgestellt und gegebenenfalls Maßnahmen dazu initiiert.

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 **C**lassification of **D**iseases and Related Health Problems

OPS – Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V
Operationen- und **P**rozeduren-**S**chlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen verpflichtende 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 nach § 21 KHEntgG

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

Dieser Datensatz enthält Daten zu allen stationären Fällen. Er wird vom Medizin-Controlling erstellt und einmal im Jahr gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Dort werden dieses Daten zur Anpassung der Vergütungsregeln (DRG) eingesetzt.

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

Daten zu ambulanten 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 entlassenden Fachabteilung umgesetzt.

Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen der Uniklinik Köln, bei dem ein Fall und damit dessen Hauptdiagnose der Fachabteilung mit der kumuliert längsten Verweildauer 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, wurde 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 erstmalig die Zuordnung der OPS-Codes zur erbringenden Fachabteilung 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 der Patient liegt, ein zusätzlich entscheidendes Kriterium sein kann, bei 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. Dieses Regelwerk wird jährlich verfeinert, kann aber nicht immer alle Leistungen korrekt zuordnen.

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 zulässt.

Vergleichbarkeit zu anderen Berichten

Die Angaben zu Fallzahlen im Jahresbericht (Geschäftsbericht) werden nach den Regeln der Landeskrankenhausstatistik berechnet, die Angaben zu Fallzahlen im Strukturierten Qualitätsbericht werden gemäß der DRG-Systematik ermittelt. 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. Vor Berichtsjahr 2015 war dies den Fachabteilungen freigestellt, dadurch kann es zu einer scheinbaren Verkleinerung der Personalausstattung im Vergleich zu früheren Berichten kommen.

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.

Projektleitung
Zentralbereich Medizinische Synergien
Dr. med. Martin Klein
06.12.2017

Impressum

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Ärztlicher Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig
Vorstandsvorsitzender

Universitätsklinikum Köln

Hausanschrift:	Kerpener Str. 62, 50937 Köln
Postanschrift:	50924 Köln
Telefon	+49 (0)221/478-6241
E-Mail	aerztlicher-direktor@uk-koeln.de

Redaktionelle Bearbeitung

Projektleitung
Dr. med. Martin Klein
Zentralbereich Medizinische Synergien

Telefon	+49 (0)221/478-86850
Telefax	+49 (0)221/478-6778
E-Mail	martin.klein@uk-koeln.de

Datensatz gemäß § 21 KHEntgG
Roman Voskoboynik (Stabsabteilung Controlling)

Datenauswertung für den ambulanten Bereich
Roman Voskoboynik (Stabsabteilung Controlling)

Angaben zu Personalzahlen
Detlef Reichwaldt (Stabsabteilung Controlling)
Frank Zwingers (Geschäftsbereich Personal)
Kai-Uwe Buschina (Zentrale Pflegedirektion)

Die weiteren Angaben zu den Fachabteilungen wurden bei den Direktoren der Kliniken und den Leitern der Institute angefragt.

Redaktion für Kapitel D - Qualitätsmanagement
Dr. rer. nat. Thomas Groß (Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien)

Alle Rechte bei den Urhebern

Laiensprachliche Übersetzungen zu ICD- und OPS-Katalogen
Bertelsmann Stiftung (www.weisse-liste.de) außer an gekennzeichneten Stellen

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

Alle Fotos
MedizinFotoKöln (MFK), Dekanat der Universität zu Köln

Alle Strukturierten Qualitätsberichte der Uniklinik Köln 2004 – 2016 (PDF)
https://www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte