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 2017

2017

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Uniklinik Köln und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht 2017. 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 59.000 stationäre Fälle und über 341.000 ambulante Kontakte 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 2018

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

Inhaltsverzeichnis ... **1**

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 ... 13

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit ... 15

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses ... 17

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus ... 20

A-10 Gesamtfallzahlen ... 20

A-11 Personal des Krankenhauses ... 21

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung ... 29

A-13 Besondere apparative Ausstattung ... 40

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen ... **42**

B-1 Klinik I für Innere Medizin - Onkologie, Hämatologie, Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin ... 43

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 ... 93

B-7 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie ... 101

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

B-9 Zentrum für Neurochirurgie ... 121

B-10 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie ... 133

B-11 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboter-assistierte Chirurgie ... 142

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 ... 228

B-21 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie ... 237

B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie ... 244

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie ... 256

B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin ... 268

B-25 Zentrum für Palliativmedizin ... 276

B-26 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie ... 283

B-27 Transfusionsmedizin ... 290

B-28 Zentrum für Pharmakologie ... 296

B-29 Institut für Klinische Chemie ... 300

B-30 Institut für Pathologie ... 304

B-31 Institut für Neuropathologie ... 307

B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene ... 310

B-33 Institut für Virologie ... 315

B-34 Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ... 321

C Qualitätssicherung ... 325

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V ... 326

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V ... 328

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V ... 553

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ... 553

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 554

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 555

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 557

Hinweise zur Datengrundlage 558

Impressum 574

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 alphabetisch nach Bezeichnung.

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

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

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 (stellv. Vorstandsvorsitzender)
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**

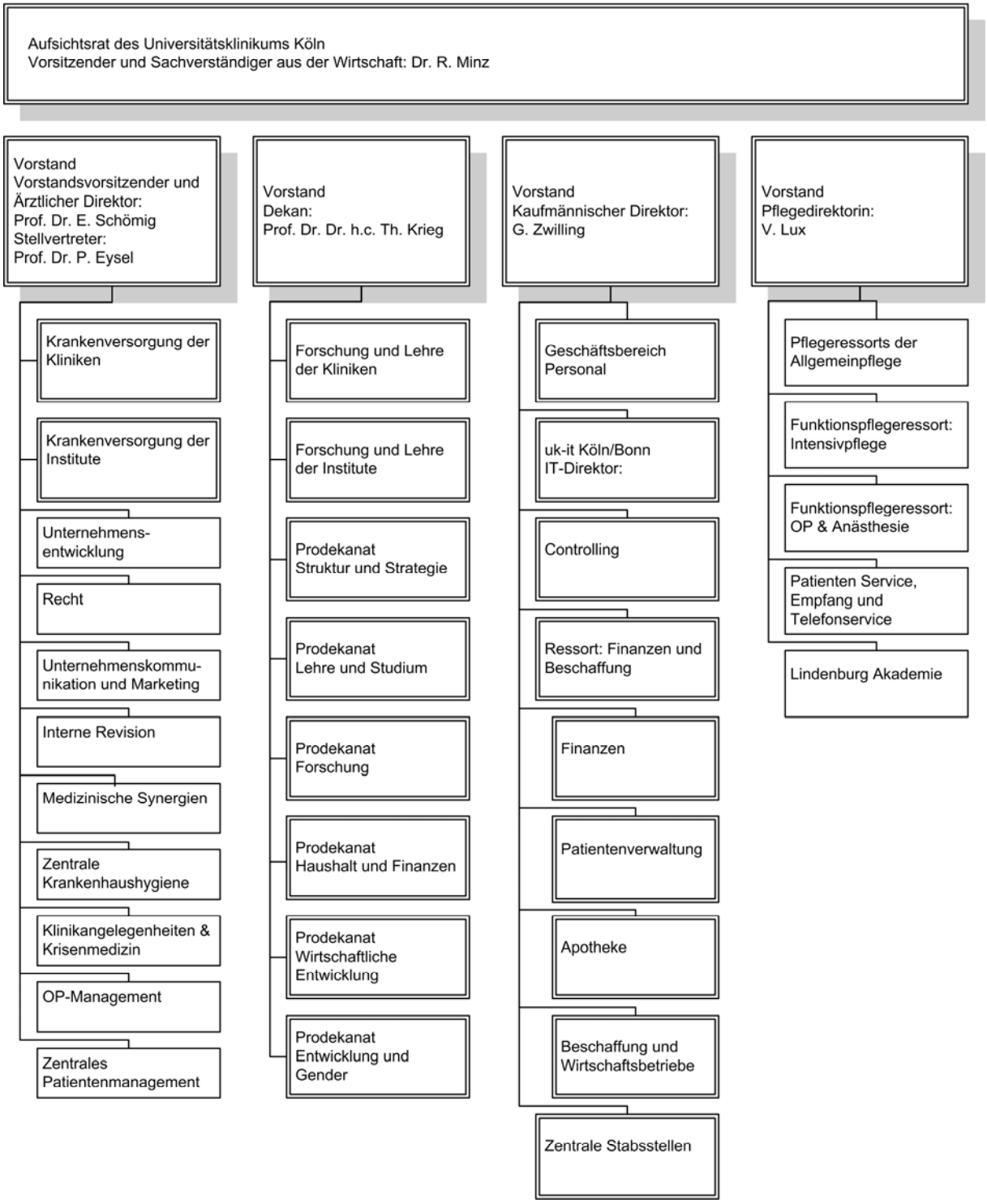
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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
	Physiotherapeutische manuelle Techniken zur Verbesserung der Atmung und zur Unterstützung der Sekretolyse, wie z. B: autogene Drainage, Ausstreichungen, Packeingriffe
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik
MP06	Basale Stimulation
	Pädagogisch-therapeutisches und pflegerisches Konzept. Es unterstützt durch ganzheitliche, körperbezogene Kommunikation schwer beeinträchtigte Menschen und fördert ihre Wahrnehmungs-, Kommunikations-, und Bewegungsfähigkeiten
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
	Übungsbehandlung im Wasser unter Nutzung der Auftriebskraft des Wassers
MP57	Biofeedback-Therapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
	Krankengymnastisches Behandlungsverfahren nach Bobath unter Nutzung der natürlich vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems. Physiotherapeutisches Konzept auf neurophysiologischer Basis zur Behandlung von neurologischen Krankheitsbildern
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP69	Eigenblutspende
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	Sicherstellung einer bedarfsgerechten, poststationären Versorgung: Es werden Leistungen z. Rehabilitation, Sozialberatung, amb. u. stat. Nachsorge sowie psychosoziale Hilfen erbracht. Die Pflegeüberleitung ist Bestandteil des Entlassmanagements, sie organisiert ambulante Pflege u. Hilfsmittel.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
	Therapie mit dem Ziel, Menschen mit physischen und körperlichen Schädigungen ein möglichst eigenständiges und uneingeschränktes Handeln zu ermöglichen, Üben von alltagsbezogenen Aktivitäten unter therapeutischer Anleitung, ADL-Training
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP18	Fußreflexzonenmassage
	Die Fußreflexzonentherapie ist eine alternativmedizinische Behandlungsform, bei der durch Stimulation der Fußsohle verschiedene Wirkungen im Körper erzielt werden sollen. Sie basiert auf der Annahme der Somatotopie.
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
	Training der geistigen Leistungsfähigkeit mit dem Ziel diese Leistungen zu erhalten oder zu steigern
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
	Gezieltes Training bei Harninkontinenz, Übungen zur Wahrnehmung und muskulären Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur: Durch das Bewusstmachen des Miktionsablaufes soll eine Veränderung der krankhaften Entleerungsgewohnheiten erreicht werden.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage
	Manuelle Massagetechnik zur Förderung des Lymphabflusses bei Ödemen
MP25	Massage
	Manuelle Massagegrundgriffe an der Muskulatur, z. B. Streichungen, Friktionen, Klopfungen
MP26	Medizinische Fußpflege
MP27	Musiktherapie
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	Als physikalische Therapie bezeichnet man Behandlungsverfahren, bei denen physikalische Kräfte wie Wärme und Kälte therapeutisch eingesetzt werden. Massagen gehören ebenfalls zur physikalischen Therapie.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
	Physiotherapie nutzt als natürliches Heilverfahren die passive, wie z. B. durch den Therapeuten geführte, und die aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
	Physiotherapeutische Therapie auf neurophysiologischer Basis: Dreidimensionale physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungsmethode, bei denen das Bewegungsverhalten durch eine Erkrankung, Verletzung, Operation oder Degeneration gestört ist.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP61	Redressionstherapie
	Therapie, die zur manuellen Korrektur von Fußfehlstellungen, wie z. B. Sichelfuß oder idiopathischer Klumpfuß angewandt wird. Redressionsgriffe dienen der Korrektur der Deformität.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
	Behandlungskonzept, welches zur Prävention von Rückenschmerzen und zur Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen dient. Ziel ist es, rückengerechtes Verhalten zu vermitteln und durch unterschiedliche Übungen Bauch- und Rückenmuskulatur zu stärken sowie Konzepte zur Entspannung zu liefern.
MP36	Säuglingspflegekurse
MP37	Schmerztherapie/-management

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP38	Sehschule/Orthoptik
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
	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
	Durch Entspannungstechniken wird versucht körperliche und psychische Anspannungen zu lösen. Hierzu zählen die Progressive-Muskel-Relaxation, die Meditation, Yoga usw.
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
	Sporttherapie ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mittel des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert und regeneriert sowie Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert.
MP43	Stillberatung
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie u. Rehabilitation, Lehre u. Forschung auf Gebieten der Stimme, Stimmstörung u. -therapie, des Sprechens, Sprechstörung u. -therapie, der Sprache, Sprachstörung u. -therapie, des Schluckens, Schluckstörung u. -therapie sowie der Kommunikation u. des Hörens
MP45	Stomatherapie/-beratung
	Beratung bei Erstellung eines Versorgungskonzeptes für Patienten mit künstlichen Ausgängen, präoperatives Beratungsgespräch, Durchführung, Dokumentation Stomaanamnese, Stomaassessment, Evaluation Versorgungskonzepte, ganzheitliche Beratung, Patienten-, Angehörigenedukation; Sicherung Überleitung
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
	Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis nach Vojta unter Ausnutzung der natürlich vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems. Behandlung neurologischer Krankheitsbilder
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
	Behandlung mit Wärme (z. B. Fango) oder durch lokale Applikation intensiver Kälte (Kyrotherapie)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	Hilft der Wöchnerin typische Veränderungen durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu erkennen und dient der gezielten Wiederherstellung der geburtsbedingten Schwächung/ Funktionsstörung der Beckenorgane und der Becken-, Bauch- und Rückenmuskulatur
MP51	Wundmanagement
	Beratung bei Erstellung eines Therapiekonzeptes für Patienten mit chronischen Wunden, Durchführung, Dokumentation, Wundanamnese u. -assessment, Evaluation Therapiekonzepte, intra- und interprofessionelle Beratung, Patienten- und Angehörigenedukation in therapeutischen Maßnahmen
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 keine Chipkarte benötigt. Auf Anfrage wird ein Kopfhörer zum Anschluss an das hauseigene TV-System kostenfrei bereitgestellt.
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer
	Kosten pro Tag: 3,00 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 wird ein Kopfhörer zum Anschluss an das hauseigene TV-System kostenfrei bereitgestellt.

Nr.	Serviceangebot
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
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 1,50 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
	Neben Heilung und Genesung gehören auch Trauer und Tod zum Bild einer Klinik. Der Abschiedsraum soll Angehörigen die Gelegenheit geben, in einer geschützten und würdevollen Atmosphäre Abschied von ihren Verstorbenen zu nehmen.
NM67	Andachtsraum
	Unsere beiden Kirchen stehen allen Patienten und Angehörigen offen, um zur Ruhe zu kommen und Kraft zu schöpfen. Wir bieten regelmäßig Gottesdienste an.

Nr.	Serviceangebot
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 individueller Menüwunscherfassung ist die Wahl innerhalb der täglich angebotenen Komponenten und Menüs möglich. Neben den Grundkostformen stehen 19 Sonderkostformen zur Verfügung. Für Wahlleistungspatienten gibt es ein spezielles Menüangebot.
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 statt, u. a. zu folgenden Themen: Kurse für pflegende Angehörige, Kurse für Angehörige von Demenzerkrankten, Tabakentwöhnungsseminare, Seminare für Menschen mit Krebserkrankungen, Gerinnungsselbstmanagement, Sturzvorbeugung.
NM07	Rooming-in
NM42	Seelsorge
	Ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist das Gespräch mit Patienten u. Angehörigen. Wir bieten seelsorgl. u. spirituelle Unterstützung an, beraten in Fragen zu Patientenverfügung u. Vorsorgevollmacht. Unser Angebot richtet sich an alle Patienten unabhängig von der religiösen u. spirituellen Anschauung.
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
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 2017 promovierten 273 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. 300 Medizinstudierende der Universität zu Köln (Ersthörer) sowie weitere ca. 300 Studierende anderer Universitäten (Zweithörer) im Praktischen Jahr ausgebildet, von denen ca. ein Drittel ein Tertial in der Chirurgie oder der Inneren Medizin an der Uniklinik Köln absolvieren.
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 Medizinische Fakultät besitzt drei Forschungsschwerpunkte (FS) und einen über diese drei Schwerpunkte hinausgehenden Querschnittsbereich (QB) Gesundheit und Gesellschaft. Die drei etablierten Forschungsschwerpunkte der Fakultät „Tumorbiologie, Infektion und Immunität“,„Homöostatische Prinzipien im Stoffwechsel und in der Geweberegenation“ 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 (MPI für Altersforschung, für Stoffwechselforschung und für Zuchtforschung) bzw. der Helmholtz-Gemeinschaft (Deutsches Diabetes Zentrum (DZD), Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) Deutsches Zentrum für Infektionsforschung (DZIF), Forschungszentrum Jülich; Deutsches

Zentrum für Luft- und Raumfahrt (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.

Ein externer Beirat wird prüfen, ob der Querschnittsbereich „Gesundheit und Gesellschaft“ zukünftig universitätsweit etabliert werden soll. Neben medizinisch-naturwissenschaftlichen Fragestellungen, sollen in Gesundheitsangelegenheiten auch grundlegende ethische, rechtliche, ökonomische, human- und sozialwissenschaftliche Fragen berücksichtigt werden. An diesem übergreifenden Querschnittsbereich, sollen daher auch Wissenschaftler und Forscher aus der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät, der Juristischen Fakultät, der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät und der Humanwissenschaftlichen Fakultät beteiligt sein.

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 in einer hausärztlichen Praxis vom Studienbeginn an sowie die Vermittlung patientennaher, ärztlicher Fertigkeiten stehen im Zentrum des Modellstudiengangs. Das Projekt „Forschung im Medizinstudium“ wurde auch im vergangenen Jahr in mehreren zielgruppenorientierten Formaten (Wissenschaftliche Projekte, Forschungsbörse, Graduiertenschule Human- und Zahnmedizin, Research Track) weiter ausgebaut.

Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln bietet zudem die Möglichkeit des Studiums der Zahnheilkunde in einem reformierten Studiengang an, in welchem Interdisziplinarität und die Vermittlung kommunikativer Kompetenzen im Vorgriff auf eine zu erwartende neue zahnärztliche Approbationsordnung bereits etabliert sind.

Die beiden Bachelor- und Masterstudiengänge „Neurowissenschaften“ der Medizinischen Fakultät wurden positiv reakkreditiert und werden wie bisher unter Beteiligung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät durchgeführt.

Als neuer, grundständiger Studiengang der Medizinischen Fakultät wurde zum Wintersemester 2017 /18 der Bachelorstudiengang Klinische Pflege eingeführt. In diesem dualen Studiengang erfolgt parallel die Graduierung zum Bachelor of Science an der Universität zu Köln sowie die Berufsausbildung als staatlich examinierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in über die Krankenpflegeschule der Uniklinik Köln.

Darüber hinaus werden gemeinsam mit der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät in den beiden Bachelor- und Masterstudiengängen „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.

Weiterhin werden zusammen mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Bachelor- und Masterstudiengang „Biochemie“ sowie mit mehreren anderen Fakultäten der Universität gemeinsam der englischsprachige „International Master of Environmental Sciences“ angeboten.

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 Laboratioriumsassistent 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 (Start 01.03.2016/01.09.2017) **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	1.455
– davon Betten in Tageskliniken	40

Stichtag: 31.12.2017

Während im Bericht zu 2016 die durchschnittlich betriebenen Betten analog zur Landeskrankenhausstatistik ausgewiesen wurden, erscheint nach Umsetzung des Landeskrankenhausplans 2015 die Angabe der Ist-Betten des Feststellungsbescheids den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit Bezug auf §§ 108, 109 SGB V besser zu entsprechen.

Differenzen zwischen Landeskrankenhausstatistik und Feststellungsbescheid ergeben sich z. B. bei temporären Bettensperrungen wegen Quarantäne eines Patienten in einem Mehrbettzimmer oder auch bei Personalmangel.

A-10 Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	59.592
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	2.702
Ambulante Fälle (Kontakte)	341.452

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			810,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	808,68	
	- indirekt	2,22	
Versorgungsbereich	- stationär	655,49	
	- ambulant	155,41	
- davon Fachärztinnen/-ärzte			437,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	436,58	
	- indirekt	0,58	
Versorgungsbereich	- stationär	348,36	
	- ambulant	88,80	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres			–

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 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			16,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,30	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	12,31	
	- ambulant	3,99	
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,78	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	8,88	
	- ambulant	2,90	

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

A-11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		1.287,44
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1.287,18	
	- indirekt		0,26	
Versorgungsbereich	- stationär		1.213,32	
	- ambulant		74,12	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /-innen		2 Jahre		242,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		242,87	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		219,90	
	- ambulant		22,97	
Pflegehelfer/-innen		200 Stdn.		20,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		20,00	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		12,29	
	- ambulant		7,71	
Hebammen/Entbindungspfleger		3 Jahre		17,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		17,83	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		17,83	
	- ambulant		–	
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		44,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		44,57	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		44,57	
	- ambulant		–	
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		99,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		99,51	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		62,79	
	- ambulant		36,72	

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.

Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		50,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		50,72	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		32,56	
	- ambulant		18,16	
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		20,66
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		20,66	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		16,22	
	- ambulant		4,44	

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

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

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin			14,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	14,32	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	8,52	
	- ambulant	5,80	
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin			0,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,50	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	0,39	
	- ambulant	0,11	
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			5,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,18	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	3,66	
	- ambulant	1,52	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin			4,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,24	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	2,78	
	- ambulant	1,46	
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			53,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	53,15	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	36,66	
	- ambulant	16,49	
Ergotherapeut und Ergotherapeutin			6,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,66	
	- indirekt	4,67	
Versorgungsbereich	- stationär	5,40	
	- ambulant	0,93	
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			5,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,64	
	- indirekt	4,51	
Versorgungsbereich	- stationär	4,93	
	- ambulant	0,22	
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge und Sozialpädagogin			2,59
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,59	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	1,70	
	- ambulant	0,89	

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			4,23
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,23	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	2,23	
		- ambulant	2,00	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin			16,78
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,78	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	10,56	
		- ambulant	6,22	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin			16,94
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,64	
		- indirekt	12,30	
	Versorgungsbereich	- stationär	15,73	
		- ambulant	1,21	
SP06	Erzieher und Erzieherin			20,60
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,60	
		- indirekt		
	Versorgungsbereich	- stationär	19,83	
		- ambulant	0,77	
SP09	Heilpädagoge und Heilpädagogin			4,71
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,71	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,38	
		- ambulant	1,33	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin			4,24
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,24	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	2,78	
		- ambulant	1,46	
SP57	Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin			0,50
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,50	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,39	
		- ambulant	0,11	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin			0,98
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,98	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,83	
		- ambulant	0,15	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin			18,50
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,70	
		- indirekt	10,80	
	Versorgungsbereich	- stationär	15,16	
		- ambulant	3,34	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin			7,99
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,00	
		- indirekt	3,99	
	Versorgungsbereich	- stationär	7,55	
		- ambulant	0,44	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)			25,23
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	25,23	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	17,79	
		- ambulant	7,44	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)			124,21
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	124,21	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	90,45	
		- ambulant	33,76	
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)			77,90
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	77,90	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	47,65	
		- ambulant	30,25	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin			0,96
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,96	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,84	
		- ambulant	0,12	
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)			2,99
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,99	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	2,82	
		- ambulant	0,17	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP17	Oecotrophologe und Oecothrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)			0,62
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,62	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,39	
		- ambulant	0,23	
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin			2,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,00	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	1,81	
		- ambulant	0,19	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin			10,37
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,37	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,65	
		- ambulant	9,72	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement			5,53
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,53	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	5,25	
		- ambulant	0,28	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie			17,31
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,21	
		- indirekt	15,10	
	Versorgungsbereich	- stationär	16,99	
		- ambulant	0,32	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie			0,60
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,60	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,21	
		- ambulant	0,39	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta			17,61
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,78	
		- indirekt	14,83	
	Versorgungsbereich	- stationär	14,96	
		- ambulant	2,65	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin			59,23
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,22	
		- indirekt	52,01	
	Versorgungsbereich	- stationär	56,88	
		- ambulant	2,35	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			5,74
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,74	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,66	
		- ambulant	2,08	
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			53,15
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	53,15	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	36,66	
		- ambulant	16,49	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin			20,07
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,07	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	16,84	
		- ambulant	3,23	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin			4,98
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,98	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,68	
		- ambulant	1,30	
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin/ Kinderpfleger und Kinderpflegerin			0,22
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,22	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,22	
		- ambulant	–	

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. 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 713 CIRS Meldungen in 2017, die arbeitstäglich bearbeitet wurden, führte zu Korrekturen oder Veränderungsmaßnahmen, z. B.:

- Reorganisation von Abläufen in der Sterilgutversorgung mit Änderungen der Organisationsstruktur der Sterilgutversorgung
- Arzneimittelverordnung und -dokumentation in einer Klinik
- Einrichtung eines OP-Boards zur besseren Abstimmung

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 Fachärztinnen (Fachärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie), einem Facharzt für Innere Medizin, der z. Zt. die curriculäre Weiterbildung zum Krankenhaushygieniker durchläuft und zehn 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. Ein weiterer Krankenhaushygieniker befindet sich in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftrage Ärztinnen	36
Jede Abteilung verfügt über mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin.	
Hygienefachkräfte	10
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention – „Hygienefachkräfte“ (HFK) 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	154
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

Für die Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung in der Uniklinik Köln wurde bereits 2015 das multidisziplinäre Team zur Antibiotika Stewardship (ABS-Team) gebildet, das aus ärztlichen Mitarbeitern der Infektiologie, der mikrobiologischen Diagnostik und klinisch-mikrobiologischen Beratung, der operativen Intensivmedizin, der Krankenhaushygiene und aus erfahrenen Fachapothekerinnen für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie besteht. 2017 konnte eine ärztliche 0,5 VK-Stelle zur Stärkung des ABS Teams besetzt werden.

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 auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	144,00 ml/ Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	56,10 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 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	nein
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS
	KISS (Krankenh.-Infekt.-Surveillance-System): CDAD = Clostr. diff. ass. Diarrhoe, DEVICE = Geräte-ass. Infektionen, HAND = Händedesinfektionsmittelverbrauch, ITS = Intensivstation, MRSA = Methicillin-resist. Staph. aur., inhouse analog zu OP = postoperative Wundinfektionsraten, 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	ja
	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, Beschwerdeauswertung).	ja
	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	ja
	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	ja
	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	ja
	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 ist ein Ansprechpartner benannt. Die Verantwortlichkeiten sind in der Verfahrensanweisung geregelt. Janna Noack, B. A. Pflegemanagement Lob- und Beschwerdemanagement Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 30963 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 o. den Infoschalter in der Eingangshalle des Bettenhauses vermittelt werden. Die Zufriedenheit u. das Wohlbefinden der Patienten werden durch persönliche Besuche am Krankenbett erfragt. 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	ja
	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	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.	ja
	Patientenbefragungen wurden bis einschließlich 2016 einmal pro Jahr, danach an allen geraden Jahren, in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut durchgeführt: Ca. 5.000 stationäre Patienten werden jeweils anonym befragt. Die Ergebnisse werden den einzelnen Kliniken zur Verfügung gestellt. Sie erhalten Unterstützung beim Einleiten von Korrekturmaßnahmen. Zusätzlich werden Ergebnisse von Patientenbefragungen durch Krankenkassen berücksichtigt.	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.	ja
	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 nächste Befragung findet in 2020 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
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	ja
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
	Dual-Layer-Detektor-Computertomographie 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	-
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	ja
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
	MRT-gesteuerte HIFU-Interventions-Ausstattung		
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-
	Röntgenstereotaktisches Mamma-Interventions-Anlage		

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h[1]
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		
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	CAR-T-Zelltherapie Zentrum
	Die CAR T-Zell-Therapie ist eine innovative zelluläre Immuntherapie. Die Klinik I für Innere Medizin bietet durch enge Verzahnung von hochspezialisierter ambulanter Behandlung und stationärer Therapie einschließlich der Leukapherese ein optimales Umfeld für die Entwicklung hochkomplexer Therapien.
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)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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
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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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)
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	3.087
Teilstationäre Fallzahl	564
Anzahl Betten	132

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	476
2	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	240
3	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	185
4	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	174
5	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	155
6	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	131
7	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	78
8	Z52	Spender von Organen oder Geweben	63
9	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	61
10	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	60
11	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	53
12	D57	Sichelzellenkrankheit	45
13	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	39
14	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	38
15	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	37
16	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	37
17	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	33
18	D46	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung - Myelodysplastisches Syndrom	33
19	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	33
20	C15	Speiseröhrenkrebs	27
21	C16	Magenkrebs	24
22	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	24
23	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	23
24	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht - Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	23
25	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	22
26	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen - ARDS	18
27	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	18
28	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	18

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	18
30	A15	Tuberkulose der Atemorgane, mit gesichertem Nachweis der Krankheitserreger	17

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	1.696
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	1.156
3	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	908
4	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	830
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	693
6	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	684
7	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	564
8	8-824	Bestrahlung des Blutes mit UV-Licht zur Behandlung bestimmter Tumoren - Photopherese	553
9	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	440
10	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	336
11	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	324
12	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	260
13	8-805	Übertragung (Transfusion) von aus dem Blut eines Spenders gewonnen Blutstammzellen	230
14	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	221
15	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	220
16	5-410	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation	194
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	175
18	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	148
19	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	119
20	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	92
21	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	91
22	1-941	Umfassende Untersuchung von Blutkrebs	91

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
23	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	87
24	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	86
25	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	73
26	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	60
27	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	54
28	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	54
29	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	51
30	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	48

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) der Tumorguppe 1 gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (GIT)

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

Das Uniklinikum nimmt seit Juli 2017 an der ASV im Bereich GIT teil. Diese Versorgungsform erlaubt eine optimierte intersektorale und auch interdisziplinäre Zusammenarbeit in einer klareren Abrechnungsstruktur. Die intersektorale Zusammenarbeit wurde 2018 weiter ausgebaut.

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a)	Onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (TBC)

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

Seit Juni 2017 wird das ASV Team Tuberkulose und atypische Mykobakteriose durch Experten der Uniklinik geleitet. Gemeinsam mit weiteren Fachärzten werden Patienten mit Tuberkulose oder atypischer Mykobakteriose bei Diagnostik, Behandlung und Kontrolle von Nebenwirkungen fachübergreifend betreut.

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
Anlage 2 Nr. 13	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose (mit Ablauf 23.04.2017 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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

Nr.	Angebotene Leistung
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)
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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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			31,58	97,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	31,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	26,25		
	- ambulant	5,33		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			20,72	148,99
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,72		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,22		
	- ambulant	3,50		

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
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		145,77	21,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		145,77		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		143,54		
	- ambulant		2,23		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		9,27	333,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		9,27		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		–		
	- ambulant		9,27		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		6,52	473,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,52		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,57		
	- ambulant		2,95		

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	2.254
Teilstationäre Fallzahl	120
Anzahl Betten	44

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	134
2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	98
3	I50	Herzschwäche	91
4	N17	Akutes Nierenversagen	83
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	81
6	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	66
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	65
8	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	63
9	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	55
10	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	55
11	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	55

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	45
13	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	40
14	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	40
15	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	36
16	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	36
17	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	35
18	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	34
19	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift - nekrotisierende Vaskulopathien	29
20	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	29
21	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	27
22	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	25
23	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	21
24	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	20
25	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	18
26	I21	Akuter Herzinfarkt	16
27	D57	Sichelzellenkrankheit	16
28	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	14
29	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	14
30	A46	Wundrose - Erysipel	13

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	5.023
2	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	3.328
3	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	418
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	320
5	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	210
6	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse	120
7	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	120

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	80
9	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	79
10	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	72
11	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	71
12	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	55
13	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	50
14	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	49
15	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	49
16	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	45
17	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	42
18	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	41
19	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	40
20	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	39
21	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	38
22	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	29
23	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	28
24	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	27
25	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	27
26	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	25
27	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	23
28	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	21
29	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	19
30	8-984	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)	15

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			21,26	106,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,26		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,60		
	- ambulant	3,66		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,28	219,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,28		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,51		
	- ambulant	1,77		

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		76,28	29,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		76,28		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		75,41		
	- ambulant		0,87		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		4,47	504,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,47		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		–		
	- ambulant		4,47		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,48	1.522,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,48		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,69		
	- ambulant		0,79		

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
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ12	Notfallpflege
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	**kardiologie.uk-koeln.de**
§-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	4.715
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	758
2	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	712
3	I21	Akuter Herzinfarkt	449
4	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	377
5	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	332
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	276
7	I50	Herzschwäche	264
8	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	255
9	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	197
10	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	110
11	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	64
12	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	62
13	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	61
14	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	58
15	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	58
16	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	51
17	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	32
18	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	30
19	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	26
20	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	25
21	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	24
22	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	24
23	R57	Schock	23

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	I40	Akute Herzmuskelentzündung - Myokarditis	21
25	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	19
26	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	18
27	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	18
28	Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände als einer Krebskrankheit	18
29	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	16
30	R00	Störung des Herzschlages	15

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	3.618
2	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	3.003
3	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2.857
4	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	1.886
5	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.625
6	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	1.406
7	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.271
8	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.070
9	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.065
10	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.011
11	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU	1.010
12	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	911
13	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	842
14	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	822
15	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	615
16	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	498
17	3-05e	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	498
18	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	464
19	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	388

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	348
21	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	318
22	9-984	Pflegebedürftigkeit	245
23	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	195
24	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	194
25	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	180
26	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel	175
27	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	171
28	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	146
29	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	121
30	3-05g	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	121

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 (mit Ablauf 23.04.2017 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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)	152
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	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			52,54	89,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	52,54		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	48,05		
	- ambulant	4,49		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			20,80	226,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,80		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,02		
	- ambulant	1,78		

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		68,03	69,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		68,03		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		58,52		
	- ambulant		9,511		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		10,69	441,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		10,69		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		9,97		
	- ambulant		0,72		

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	1.090
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)	92
2	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	76
3	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	62
4	K80	Gallensteinleiden	60
5	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	53
6	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	48
7	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	42
8	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	41
9	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	37
10	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	37
11	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	34
12	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	28
13	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	27
14	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	23
15	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms - Morbus Crohn	21
16	K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa	17
17	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	16
18	K75	Sonstige entzündliche Krankheit der Leber	15
19	K65	Bauchfellentzündung - Peritonitis	14
20	K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	14
21	K63	Sonstige Krankheit des Darms	14
22	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	12
23	C15	Speiseröhrenkrebs	12

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	11
25	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	10
26	K76	Sonstige Krankheit der Leber	9
27	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	8
28	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	8
29	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	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	2.513
2	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	709
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	700
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	580
5	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	455
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	322
7	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	285
8	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	250
9	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	209
10	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	176
11	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	157
12	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	155
13	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	138
14	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	124
15	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	124
16	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	122
17	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	118
18	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	114

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	112
20	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	104
21	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	102
22	3-053	Ultraschall des Magens mit Zugang über die Speiseröhre	75
23	1-441	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallenwegen bzw. der Bauchspeicheldrüse mit einer Nadel durch die Haut	71
24	1-652	Untersuchung des Darmes durch eine Spiegelung über einen künstlichen Darmausgang	69
25	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	57
26	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	57
27	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	54
28	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	53
29	8-123	Wechsel oder Entfernung einer durch die Haut in den Magen gelegten Ernährungssonde	51
30	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	47

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	1.312
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	298
3	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	88
4	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	29
5	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	21
6	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	8
7	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	7
8	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	4
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
10	1-641	Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 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			18,68	58,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,31		
	- ambulant	8,37		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,67	102,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,67		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,89		
	- ambulant	4,78		

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		19,72	55,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		19,72		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		11,59		
	- ambulant		8,13		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		1,81	602,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,81		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		–		
	- ambulant		1,81		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		4,14	263,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,14		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,06		
	- ambulant		3,08		

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 Interdisziplinäres Sozialpädiatrisches Zentrum (ISPZ)

Leiter

Dr. med. Peter Herkenrath

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

Stellv. Leiter

PD Dr. med. Max C Liebau

Das Interdisziplinäre sozialpädiatrische Zentrum (iSPZ) befindet sich im Aufbau. Zukünftig sollen alle chronisch kranken Kinder und Jugendlichen mit besonderem Bedarf in einem multiprofessionellen Team betreut werden können.

Hierzu gehören derzeit Neuropädiatrie, Entwicklungsneurologie, Diabetologie, Endokrinologie, Osteologie, Rheumatologie, Gastroenterologie.

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 und rheumatologischen Erkrankungen, 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 Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege sowie Autoimmunkrankheiten und hereditären Erkrankungen einschließlich Dialyse, Aphereseverfahren 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
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)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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 und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-5.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.492
Teilstationäre Fallzahl	716
Anzahl Betten	125

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	342
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	320
3	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	247
4	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	223
5	J20	Akute Bronchitis	158
6	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	130
7	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	116
8	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	93
9	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	87

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	R56	Krämpfe	71
11	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	70
12	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	69
13	Z03	Ärztliche Beobachtung bzw. Beurteilung von Verdachtsfällen	67
14	P22	Atemnot beim Neugeborenen	63
15	S52	Knochenbruch des Unterarmes	61
16	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	57
17	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	56
18	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege - Bronchiolitis	55
19	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	54
20	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	50
21	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	48
22	Z27	Notwendigkeit der Impfung gegen Kombinationen von ansteckenden Krankheiten	48
23	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	47
24	E78	Störung des Fettstoffwechsels bzw. sonstige Erhöhung der Blutfettwerte	46
25	K40	Leistenbruch (Hernie)	40
26	C71	Gehirnkrebs	39
27	Q53	Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums	39
28	K35	Akute Blinddarmentzündung	38
29	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	38
30	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	37

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	1.109
2	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	448
3	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	431
4	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	423
5	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	417
6	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	405
7	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	319

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	295
9	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	295
10	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	259
11	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	254
12	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	224
13	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	212
14	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	150
15	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	136
16	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	111
17	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	109
18	8-822	Filterung bestimmter Blutfette (LDL-Cholesterin) aus dem Blut	87
19	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	78
20	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	72
21	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	67
22	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	66
23	1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	57
24	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	54
25	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	53
26	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	51
27	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	48
28	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	46
29	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse	42
30	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	34

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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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			74,28	73,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	74,28		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	63,23		
	- ambulant	11,05		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			48,51	113,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	48,51		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	41,29		
	- ambulant	7,22		

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
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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
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		3,32	1.654,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,32		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,32		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		183,99	29,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		183,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		178,52		
	- ambulant		5,47		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		7,41	741,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,41		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		4,98		
	- ambulant		2,43		

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

Nr.	Zusatzqualifikationen
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	**kinderkardiologie.uk-koeln.de**
§-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 herzkathetergestützten, 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	445
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	467
Interventionen	121
Behandlung von Frühgeborenen, Neugeborenen u. Säuglingen	94
EPU/Ablationen	24

(Fallzahlen aus 2017)

B-6.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	79
2	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	61
3	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	49
4	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	49
5	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	47
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	16
7	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	8
8	Q26	Angeborene Fehlbildung der großen Venen	7
9	I45	Sonstige Störung der Erregungsleitung des Herzens	7
10	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	5

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	202
2	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	77
3	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	75

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	72
5	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	69
6	8-838	Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	52
7	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	39
8	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	39
9	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	31
10	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping	27

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				67,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,33		
	- ambulant	1,26		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			5,92	75,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,92		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,79		
	- ambulant	1,13		

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		0,61	729,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,61		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		–		
	- ambulant		0,61		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		19,85	22,42
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		19,85		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		17,90		
	- ambulant		1,95		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,00	445,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,85		
	- 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
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. 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
Klinikdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns**
Telefon	0221 / 478 – 4801
Telefax	0221 / 478 – 4843
E-Mail	**anke.kreusch@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Viszeralchirurgie

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 Darm-, Pankreas-, Leber- und Magenzentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Zur Spezialisierung der Klinik gehört aus dem Bereich der Tumorchirurgie insbesondere die chirurgische Versorgung fortgeschrittener Tumore bei Metastasierung in die Leber und in die Bauchhöhle.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Transplantationschirurgie für Leber, Niere und Pankreas.

Das Spektrum der Klinik umfasst auch die Allgemeine Chirurgie mit Leisten- und Narbenhernien-, Weichteiltumoren-, Gallenblasen- und Schilddrüsenoperationen sowie Notfalloperationen wegen Blinddarmentzündungen, Darmverschluss oder Magen bzw. Darmperforation, etc.

Zum methodischen Spektrum der Klinik gehören die minimal invasive, robotische und offene Chirurgie, die je 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 gastro-ösophagealen 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, parenchym-sparender 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

Endokrine Chirurgie

- Hemithyreoidektomie, totale Thyreoidektomie, offene minimalinvasive Thyreoidektomie (OMIT)
- zentrale Kompartmentresektion, radikale modifizierte Neck Dissection bei Schilddrüsenkarzinome
- offene minimalinvasive Parathyreoidetkomie (OMIP), Halsexploration, subtotale (7/8) Parathyreoidektomie
- offene, laparoskopische und retroperitoneoskopische Adrenalektomie

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
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	1.994
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	58

B-7.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C15	Speiseröhrenkrebs	270
2	C16	Magenkrebs	141
3	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	105
4	K80	Gallensteinleiden	76
5	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	71
6	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	67
7	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	60
8	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	56
9	K40	Leistenbruch (Hernie)	55
10	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	49
11	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	48
12	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	48
13	K35	Akute Blinddarmentzündung	44
14	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	40
15	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	36
16	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	34
17	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	32
18	Z52	Spender von Organen oder Geweben	32
19	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	28
20	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	27
21	C73	Schilddrüsenkrebs	26
22	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	26
23	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	25
24	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	18
25	R13	Schluckstörungen	18

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
26	K81	Gallenblasenentzündung	16
27	K42	Nabelbruch (Hernie)	15
28	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	15
29	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	14
30	E05	Schilddrüsenüberfunktion	14

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	1.003
2	5-469	Sonstige Operation am Darm	492
3	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	429
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	386
5	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	323
6	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	241
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	225
8	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	220
9	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	180
10	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	174
11	5-426	Entfernung der gesamten Speiseröhre mit Wiederherstellung der Verbindung	166
12	5-449	Sonstige Operation am Magen	163
13	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	157
14	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	157
15	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	153
16	3-051	Ultraschall der Speiseröhre mit Zugang über den Mund	141
17	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	138
18	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	137
19	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	118
20	5-454	Operative Dünndarmentfernung	115
21	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	114
22	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	108
23	5-324	Operative Entfernung von ein oder zwei Lungenlappen	100
24	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	99
25	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	97
26	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	94

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	5-448	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen	91
28	5-502	Operative Entfernung eines oder mehrerer Lebersegmente	87
29	5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	81
30	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	79

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	145
24h pH-Metrie/Impedanzmessung	140
Restech-Messung	103
Bilitec-Messung	5

(Fallzahlen aus 2017)

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	62
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	27
3	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	23
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	19
5	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	11
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	9
7	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	8
8	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	5
9	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	5
10	5-898	Operation am Nagel	4
11	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	4
12	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	< 4
13	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	< 4
15	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	< 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			18,82	105,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,82		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,95		
	- ambulant	2,87		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			13,21	150,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,21		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,19		
	- ambulant	2,02		

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
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		44,40	44,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		44,40		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		44,40		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		6,77	294,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,77		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		6,77		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		5,29	376,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,29		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,72		
	- ambulant		2,57		

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
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
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	**gefaesschirurgie.uk-koeln.de**
§-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	1.032
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

B-8.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	291
2	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	248
3	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	135
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	118
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	69
6	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	41
7	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	23
8	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	21
9	I77	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern	7
10	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	6
11	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	5
12	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	5
13	I73	Sonstige Krankheit der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen	5
14	T87	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind	4
15	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	4
16	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	4
17	N17	Akutes Nierenversagen	< 4
18	A40	Blutvergiftung (Sepsis), ausgelöst durch Streptokokken-Bakterien	< 4
19	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	< 4
20	A39	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Meningokokken-Bakterien	< 4
21	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung - Osteomyelitis	< 4
22	I83	Krampfadern der Beine	< 4
23	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	< 4
25	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	< 4
26	C44	Sonstiger Hautkrebs	< 4
27	C02	Sonstiger Zungenkrebs	< 4
28	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	< 4
29	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	< 4
30	A46	Wundrose - Erysipel	< 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	629
2	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	362
3	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	329
4	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	322
5	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	217
6	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	157
7	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	152
8	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	131
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	118
10	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	111
11	8-842	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße	97
12	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	78
13	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	74
14	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	66
15	5-382	Operative Entfernung von Blutgefäßen mit Verbindung der zwei Enden	55
16	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	54
17	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	53
18	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	42
19	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	30
20	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	29
21	5-383	Operative Entfernung und Ersatz von (Teilen von) Blutgefäßen	26

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	24
23	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	23
24	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	22
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	22
26	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	22
27	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	21
28	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	15
29	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	15
30	5-389	Sonstiger operativer Verschluss an Blutgefäßen	13

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	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	28
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	20
3	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	7
4	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	7
5	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	< 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			12,98	79,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,98		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,58		
	- ambulant	1,40		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,26	164,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,26		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,58		
	- ambulant	0,68		

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		23,09	44,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		23,09		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		20,65		
	- ambulant		2,44		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		3,96	260,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,96		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,96		
	- ambulant		–		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,28	806,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,28		
	- indirekt		–		
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
PQ08	Operationsdienst
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
Geschäftsf. Leitung des Zentrums und 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**
Klinikdirektorin	**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 unter der Geschäftsführenden Leitung von Prof. Roland Goldbrunner bietet die Therapie aller neurochirurgisch behandelbaren Krankheitsbilder an. Unser Zentrum verfügt über 80 Betten, hiervon umfasst die interdisziplinär betriebene neurochirurgische Intensivstation 14 Betten. Pro Jahr werden ca. 3.600 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

Geschäftsführende Leitung des Zentrums und 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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
	Interdisziplinäre Versorgung von Hirngefäßerkrankungen mit den Abt. für Neuroradiologie und der Klinik und Poliklinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie
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	2.806
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	80

B-9.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	318
2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	234
3	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	225
4	C71	Gehirnkrebs	175
5	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	167
6	S06	Verletzung des Schädelinneren	164
7	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	154
8	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	139
9	T85 [Hinw]	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	107
10	G91	Wasserkopf	78
11	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	77
12	G50	Krankheit des fünften Hirnnervs	75
13	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	72
14	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	72
15	D33	Gutartiger Hirntumor, Hirnnerventumor bzw. Rückenmarkstumor	65
16	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	43
17	G20	Parkinson-Krankheit	43
18	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	39
19	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	38
20	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	28
21	R52	Schmerz	25
22	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	22
23	D36	Gutartiger Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperstellen	21
24	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	21

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
25	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	17
26	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	17
27	D43	Tumor des Gehirns bzw. des Rückenmarks ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	15
28	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	14
29	G97	Krankheit des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen	14
30	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	13

Hinw 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	1.307
2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	985
3	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	749
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	702
5	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	538
6	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	519
7	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	485
8	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	425
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	394
10	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	373
11	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	341
12	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	339
13	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	335
14	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	302
15	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	300
16	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	276
17	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	234
18	5-038	Operation an den Hirnwasserräumen im Rückenmarkskanal	226
19	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	224
20	8-925	Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems während einer Operation	221
21	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	217

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22	9-984	Pflegebedürftigkeit	182
23	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	166
24	1-510	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gehirn bzw. Hirnhäuten durch operativen Einschnitt und Eröffnung der Schädeldecke	165
25	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknoten	165
26	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	153
27	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremdteilen wie Mess-Sonden oder Medikamentenpumpen	151
28	5-014	Computergesteuerte Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten unter Röntgenkontrolle	139
29	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	133
30	5-029	Sonstige Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten	129

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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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	18
2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	5
3	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	< 4
4	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
5	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
6	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	< 4
7	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	< 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			36,20	77,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	36,20		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	34,44		
	- ambulant	1,76		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			19,42	144,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,42		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	18,48		
	- 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
AQ41	Neurochirurgie
AQ42	Neurologie
AQ50	Physiologie
	Neurophysiologie

Nr.	Facharztbezeichnung
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		88,42	31,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		88,42		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		88,42		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		5,53	507,41
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,53		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		5,53		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		2,19	1.281,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,19		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,78		
	- ambulant		0,41		

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
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

B-10 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers

B-10.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie**
Hausadresse	Kerpener Str. 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**herz-thoraxchirurgie.uk-koeln.de**
§-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 dem Institut für Experimentelle Medizin Großtierversuche in den Operationssälen der Experimentellen Medizin von unseren Operateuren in fünf Forschungsgruppen durchgeführt. Seit 2006 besteht zusätzlich unser Labor zur Stammzellforschung unter der Leitung von PD Dr. rer. nat. Adnana Paunel-Görgülü und Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers, in dem Grundlagenforschung zu NETs ("neutrophil extracellular traps") 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	2.414
Teilstationäre Fallzahl	9
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	467
2	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	374
3	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	328
4	I21	Akuter Herzinfarkt	305
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	132
6	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	106
7	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	106
8	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	61
9	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	58
10	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	52
11	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	41
12	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	32
13	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	28
14	J86	Eiteransammlung im Brustkorb	22
15	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	19
16	I50	Herzschwäche	17
17	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	16
18	Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände als einer Krebskrankheit	12
19	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	11
20	E32	Krankheit der Thymusdrüse	11
21	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	11
22	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	10

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	J84	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge	9
24	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen - Pneumothorax	8
25	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	7
26	J85	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) der Lunge bzw. des Mittelfells (Mediastinum)	6
27	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	6
28	J98	Sonstige Krankheit der Atemwege	6
29	J94	Sonstige Krankheit des Brustfells (Pleura)	6
30	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	5

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	1.912
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.712
3	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	999
4	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	560
5	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	514
6	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	419
7	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	382
8	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	340
9	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	292
10	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	268
11	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	266
12	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	259
13	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	236
14	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	227
15	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen - Valvuloplastik	210
16	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	193
17	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	189
18	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	172

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	152
20	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	140
21	5-371	Operative Beseitigung oder Durchtrennung des erregungsleitenden Gewebes im Herzen bei schnellem und unregelmäßigem Herzschlag	133
22	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	133
23	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	132
24	5-346	Wiederherstellende Operation an der Brustwand	130
25	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	98
26	8-852	Behandlung mit einer Herz-Lungen-Maschine zur Anreicherung von Sauerstoff im Blut außerhalb des Körpers - ECMO bzw. prä-ECMO-Therapie	87
27	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	81
28	9-984	Pflegebedürftigkeit	77
29	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehensgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	75
30	5-359	Sonstige Operation am Herzen bei angeborenen Tumoren bzw. Fehlbildungen	65

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
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			55,93	43,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	53,71		
	- indirekt	2,22		
Versorgungsbereich	- stationär	55,03		
	- ambulant	0,90		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			23,79	101,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	23,21		
	- indirekt	0,58		
Versorgungsbereich	- stationär	23,47		
	- ambulant	0,32		

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
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		148,24	16,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		147,98		
	- indirekt		0,26		
Versorgungsbereich	- stationär		148,24		
	- ambulant				
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		0,48	5.029,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,48		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,48		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		9,25	260,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		9,25		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		9,25		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,73	3.306,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,73		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,65		
	- ambulant		0,08		

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**

Kurzportrait

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

- Allgemeine Urologie
- Uro-Andrologie/Sexualität
- Urologie der Frau/Neurourologie
- Uro-Onkologie
- Roboter-assistierte Chirurgie
- Rekonstruktive Urologie des Ureters und der Urethra

Für all diese Bereiche werden in der urologischen Poliklinik Spezialsprechstunden angeboten. 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
VU00	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
	seit 2013 Deutsche Kontinenzgesellschaft
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU09	Neuro-Urologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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

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

B-11.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.487
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	43

B-11.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Prostatakrebs	559
2	C67	Harnblasenkrebs	343
3	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	142
4	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	136
5	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	116
6	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	87
7	C62	Hodenkrebs	86
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	80
9	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	72
10	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	50
11	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	41
12	N30	Entzündung der Harnblase	36
13	R77	Sonstige Veränderung der Bluteiweiße	33
14	N35	Verengung der Harnröhre	33
15	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	29

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
16	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	28
17	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	27
18	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	27
19	N48	Sonstige Krankheit des Penis	27
20	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	25
21	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	25
22	C65	Nierenbeckenkrebs	25
23	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	25
24	C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	22
25	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	21
26	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	20
27	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	20
28	C60	Peniskrebs	20
29	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	18
30	N50	Sonstige Krankheit der männlichen Geschlechtsorgane	17

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	677
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	655
3	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	640
4	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	367
5	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	352
6	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	328
7	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	231
8	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	231
9	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	229
10	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	226
11	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	191

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12	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	179
13	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	149
14	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	144
15	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	116
16	5-469	Sonstige Operation am Darm	99
17	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	86
18	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	79
19	9-984	Pflegebedürftigkeit	78
20	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	76
21	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	76
22	5-552	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Niere	73
23	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	69
24	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	60
25	5-576	Operative Entfernung der Harnblase - Zystektomie	60
26	5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	56
27	5-554	Operative Entfernung der Niere	55
28	5-565	Operative Verbindung des Harnleiters mit der Bauchwand durch Zwischenschalten eines Darmabschnitts, mit Verlust der Fähigkeit, Harn zurückzuhalten	52
29	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	52
30	5-568	Wiederherstellende Operation am Harnleiter	50

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Urologische Poliklinik

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)

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	911
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	703

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	65
4	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	42
5	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters - Sterilisationsoperation beim Mann	6
6	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	5
7	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	< 4
8	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4
9	8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	< 4
10	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	< 4
11	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	< 4
12	5-622	Operative Entfernung eines Hodens	< 4
13	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
14	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	< 4
15	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 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			15,16	164,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,16		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,34		
	- ambulant	2,82		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,14	348,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,14		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,81		
	- ambulant	1,33		

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

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		21,06	118,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		21,06		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		21,06		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		4,29	579,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,29		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		4,29		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,71	3.502,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,71		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,54		
	- ambulant		0,17		

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
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

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

PD Dr. med. Kilian Wegmann

Telefon 0221 / 478 – 6622
Telefax 0221 / 478 – 4835
kilian.wegmann@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
VO16	Handchirurgie
VO12	Kinderorthopädie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO19	Schulterchirurgie
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	3.118
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	105

B-12.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	241
2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	159
3	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	148
4	S52	Knochenbruch des Unterarmes	130
5	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	114
6	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	109
7	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	103
8	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	96
9	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	94
10	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	92
11	S06	Verletzung des Schädelinneren	92
12	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	89
13	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	88
14	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	85
15	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	78
16	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	72
17	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	48
18	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	48
19	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	47

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	47
21	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	43
22	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	40
23	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	37
24	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	34
25	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	34
26	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	32
27	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	29
28	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	26
29	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	25
30	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	25

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	1.308
2	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	758
3	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	608
4	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	527
5	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	427
6	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	413
7	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	407
8	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	383
9	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	364
10	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	359
11	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	348
12	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	316
13	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	289
14	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	275
15	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	271

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	267
17	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	264
18	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	257
19	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	248
20	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	240
21	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	238
22	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	234
23	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	198
24	9-984	Pflegebedürftigkeit	180
25	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	178
26	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	159
27	1-503	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt	156
28	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	152
29	5-784	Operative Verpflanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	151
30	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	138

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	177
2	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	29
3	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	25
4	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	20
5	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	13
6	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	10
7	5-841	Operation an den Bändern der Hand	9
8	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	8
9	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	6
10	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	5
11	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	4
12	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	4
13	5-849	Sonstige Operation an der Hand	4
14	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
15	5-79a	Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung von außen und Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
16	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
17	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	< 4
18	5-046	Nähen der äußeren Hülle eines Nervs bzw. Nervengeflechtes im Rahmen einer späteren Operation	< 4
19	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	< 4
20	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
21	5-863	Operative Abtrennung von Teilen der Hand oder der gesamten Hand	< 4
22	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	< 4
23	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
24	5-844	Operativer Eingriff an Gelenken der Hand außer dem Handgelenk	< 4
25	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
26	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
28	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	< 4
29	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	< 4
30	5-807	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern sonstiger Gelenke	< 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			27,90	111,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	27,90		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	23,56		
	- ambulant	4,34		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,80	264,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,80		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,96		
	- 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
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF12	Handchirurgie
ZF19	Kinder-Orthopädie

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF27	Naturheilverfahren
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		58,92	52,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		58,92		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		49,63		
	- ambulant		9,29		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		6,90	451,88
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,90		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		6,90		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		3,23	965,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,23		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,44		
	- ambulant		0,79		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
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**
§-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

Medikamentöse 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	6.351
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	83

B-13.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.378
2	O80	Normale Geburt eines Kindes	409
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	406
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	396
5	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	284
6	C50	Brustkrebs	246
7	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	195
8	P22	Atemnot beim Neugeborenen	141
9	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	123
10	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	123
11	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	112
12	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	109
13	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	102
14	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	99
15	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	97
16	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	81
17	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	75
18	O30	Mehrlingsschwangerschaft	74
19	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	67
20	C56	Eierstockkrebs	63
21	O82	Geburt eines Kindes durch Kaiserschnitt	57
22	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	53
23	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	53
24	O62	Ungewöhnliche Wehentätigkeit	52
25	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	51
26	O35	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung oder Schädigung des ungeborenen Kindes	48
27	O44	Fehllage der Plazenta vor dem Muttermund	48
28	C53	Gebärmutterhalskrebs	46
29	O04	Abtreibung	43
30	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	41

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	2.381
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.316
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	950
4	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	674
5	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	587
6	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	211
7	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	208
8	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	195
9	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	172
10	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	167
11	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	166
12	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	156
13	5-469	Sonstige Operation am Darm	139
14	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	135
15	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	134
16	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	131
17	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	118
18	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	104
19	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	100
20	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	92
21	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	91
22	5-674	Wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals in der Schwangerschaft	88
23	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	85
24	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	84
25	5-672	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses	82
26	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	73
27	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	72
28	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	63
29	5-593	Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche mit Zugang durch die Scheide	63
30	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	63

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	414
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	128
3	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	29
4	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	25
5	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	23
6	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	11
7	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	10
8	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	9
9	5-882	Operation an der Brustwarze	8
10	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	8
11	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	7
12	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	5
13	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	5
14	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	5
15	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	4
16	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	< 4
17	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4
18	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4
20	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoperation bei der Frau	< 4
21	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
22	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	< 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			27,02	235,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	27,02		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,11		
	- ambulant	7,91		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			15,08	421,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,08		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,67		
	- ambulant	4,41		

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		34,74	182,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		34,74		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		34,74		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		13,69	463,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		13,69		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		13,69		
	- ambulant		–		
Hebammen/Entbindungspfleger		3 Jahre		17,83	356,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		17,83		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		17,83		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		5,25	1.209,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,25		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		5,25		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		3,18	1.997,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,18		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,38		
	- ambulant		1,80		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

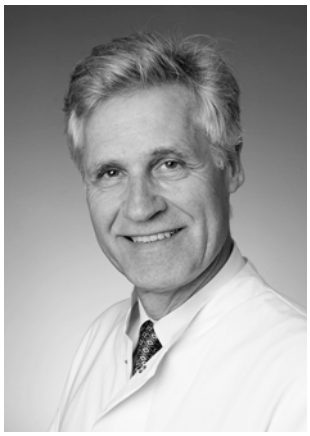
Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP23	Breast Care Nurse
ZP18	Dekubitusmanagement
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. K.-B. Hüttenbrink

Univ.-Prof. Dr. med. Jens Peter Klußmann

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 (bis 28.02.2018)	**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**
Klinikdirektor (ab 01.03.2018)	**Univ.-Prof. Dr. med. Jens Peter Klußmann**
Telefon	0221 / 478 – 85773
Telefax	0221 / 478 – 62042
E-Mail	**peter.klussmann@uk-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	2.017
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	40

B-14.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	136
2	H91	Sonstiger Hörverlust	134
3	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	133
4	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	120
5	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	113
6	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	101
7	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	94
8	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	79

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	67
10	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	53
11	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	51
12	C32	Kehlkopfkrebs	50
13	J03	Akute Mandelentzündung	49
14	R04	Blutung aus den Atemwegen	39
15	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	34
16	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	30
17	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	30
18	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	29
19	C44	Sonstiger Hautkrebs	26
20	H61	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörgangs	25
21	H80	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose	24
22	R59	Lymphknotenvergrößerung	20
23	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	20
24	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	19
25	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	19
26	Q18	Sonstige angeborene Fehlbildung des Gesichtes bzw. des Halses	19
27	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	17
28	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	17
29	H60	Entzündung des äußeren Gehörganges	16
30	C09	Krebs der Gaumenmandel	16

B-14.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	669
2	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	413
3	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	264
4	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	227
5	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	212
6	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	184
7	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	183
8	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	171

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	157
10	1-247	Messung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns	155
11	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	155
12	1-245	Messung der Nasendurchgängigkeit	152
13	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	140
14	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	138
15	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	128
16	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	126
17	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	126
18	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nervs	124
19	5-269	Andere Operation an Speicheldrüse bzw. Speicheldrüsenausführungsgang	123
20	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	118
21	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	117
22	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	91
23	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	87
24	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	85
25	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	81
26	5-312	Anlegen eines dauerhaftern, künstlichen Luftröhrenausganges	79
27	5-221	Operation an der Kieferhöhle	67
28	5-292	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rachens	63
29	1-613	Bewertung des Schluckens mit Hilfe eines schlauchförmigen Instrumentes, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	58
30	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	57

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

Nr.	Angebotene Leistung
VH04	Mittelohrchirurgie
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

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
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)	99
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	45
3	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	6
4	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	6
5	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4
6	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
7	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
8	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	< 4
9	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
10	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
11	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	< 4
12	5-219	Sonstige Operation an der Nase	< 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			17,80	113,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,80		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,89		
	- ambulant	6,91		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,53	236,46
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,53		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,22		
	- ambulant	3,31		

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

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		33,16	60,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		33,16		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		33,16		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		1,00	2.017,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		

Ausbildung		Ausbildung-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		3,11	648,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,11		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,41		
	- ambulant		1,70		

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	6.426
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	70

B-15.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Grüner Star - Glaukom	2.256
2	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	675
3	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	604
4	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	571
5	H50	Sonstiges Schielen	530
6	H26	Sonstiger Grauer Star	251
7	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	206
8	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges - Keratitis	198
9	H17	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges	115
10	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	103
11	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	92
12	C44	Sonstiger Hautkrebs	87
13	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildung des Auges	85
14	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	77
15	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	66
16	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	50
17	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	48
18	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	34
19	D31	Gutartiger Tumor am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	25
20	Q12	Angeborene Fehlbildung der Augenlinse	23
21	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	23
22	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	22
23	E05	Schilddrüsenüberfunktion	20
24	H20	Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) bzw. des Strahlenkörpers des Auges	19
25	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	18
26	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	16

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
27	Q10	Angeborene Fehlbildung des Augenlides, des Tränenapparates bzw. der knöchernen Augenhöhle	14
28	D23	Sonstige gutartige Tumoren der Haut	12
29	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	11
30	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	10

B-15.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-220	Messung des Augeninnendrucks	9.452
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1.396
3	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	1.098
4	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	910
5	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	900
6	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	652
7	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation	585
8	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	395
9	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	370
10	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	354
11	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	272
12	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	249
13	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	228
14	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	197
15	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	166
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	158
17	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	152
18	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	133
19	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	130
20	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	126
21	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	115
22	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	111
23	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	96
24	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	92

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
25	5-152	Befestigung der Netzhaut nach Ablösung durch eine eindellende Operation mithilfe einer Plombe	88
26	5-10a	Verstärkender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	82
27	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	81
28	5-087	Wiederherstellende Operation des Tränennasengangs	70
29	5-145	Sonstige operative Entfernung der Augenlinse	57
30	5-124	Nähen der Hornhaut des Auges	55

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	834
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	426
3	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	231
4	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	195
5	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	148
6	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	113
7	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	112
8	5-097	Lidstraffung	82
9	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidtiefstand	56

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	55
11	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	41
12	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	32
13	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	27
14	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	26
15	5-10a	Verstärkender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	25
16	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	20
17	5-095	Nähen des Augenlides	18
18	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	18
19	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	16
20	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	13
21	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	9
22	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	6
23	5-086	Wiederherstellende Operation am Tränenkanal bzw. Tränenpunkt	5
24	5-10c	Korrekturoperation bei frühkindlichem Innenschielen	4
25	5-113	Operativer Ersatz der Bindehaut des Auges	4
26	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	< 4
27	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	< 4
28	5-085	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Tränensack bzw. sonstigen Tränenwegen	< 4
29	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	< 4
30	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	< 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			33,34	192,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	33,34		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,56		
	- ambulant	13,78		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			19,16	335,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,16		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,24		
	- ambulant	7,92		

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
AQ04	Augenheilkunde

B-15.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		45,50	141,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		45,50		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		45,50		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		12,58	510,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		12,58		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		5,22		
	- ambulant		7,36		

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
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.uk-koeln.de**
§-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 5.500 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 60 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 und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-16.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.612
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	110

B-16.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	996
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	517
3	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	407
4	G20	Parkinson-Krankheit	316
5	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	261
6	C71	Gehirnkrebs	170
7	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	129
8	G43	Migräne	122
9	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	118
10	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	97
11	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	95
12	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	91
13	G61	Entzündung mehrerer Nerven	90
14	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	87
15	G44	Sonstiger Kopfschmerz	82
16	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	78
17	S06	Verletzung des Schädelinneren	75
18	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	71
19	R51	Kopfschmerz	65
20	H46	Entzündung des Sehnervs	64
21	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	58
22	G91	Wasserkopf	58
23	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	57
24	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	55
25	G30	Alzheimer-Krankheit	51
26	R42	Schwindel bzw. Taumel	48
27	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	41
28	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	39

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift - nekrotisierende Vaskulopathien	39
30	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	38

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)	5.715
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	4.146
3	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	2.329
4	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	1.494
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1.304
6	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	1.197
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	907
8	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	832
9	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	768
10	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	393
11	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	390
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	320
13	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	297
14	8-552	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten	266
15	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	207

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	174
17	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	170
18	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	123
19	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	100
20	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	73
21	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	54
22	8-97d	Fachübergreifende Behandlung sonstiger lang andauernder Krankheiten	45
23	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	43
24	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	42
25	8-924	In den Körper eingreifende Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems	37
26	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	34
27	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	28
28	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	26
29	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	26
30	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	25

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			32,53	172,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	32,53		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	25,86		
	- ambulant	6,67		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,33	495,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,33		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,00		
	- ambulant	2,33		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF39	Schlafmedizin

Weitere Qualifikatonen

- 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)

Dr. med. Michael Malter
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		124,64	45,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		124,64		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		124,64		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,97	2.848,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,97		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,01		
	- ambulant		0,96		

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
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP29	Stroke Unit Care
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

Weitere Qualifikatonen

- Dysphagie-Schlucktestung
- Ergocoach
- Fazio-Orale Traktttherapie
- Pflegeberatung
- Therapeutisch Aktivierende Pflege (TaktiP)

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

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	**psychiatrie-psychotherapie.uk-koeln.de**
§-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	1.296
Teilstationäre Fallzahl	148
Anzahl Betten	105
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	F20	Schizophrenie	211
2	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	186
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	162
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	158
5	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	66
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	66
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	60
8	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	52
9	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverslust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	40
10	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	33
11	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	24
12	F42	Zwangsstörung	24
13	F41	Sonstige Angststörung	21
14	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	19
15	G30	Alzheimer-Krankheit	18
16	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	14
17	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln - Ticstörung	14
18	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	13
19	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	12
20	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	11
21	F30	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung - Manische Episode	11
22	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	10

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	E51	Mangel an Vitamin B1	7
24	G31	Sonstiger krankhafter Abbauprozess des Nervensystems	7
25	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	5
26	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	5
27	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphium verwandt sind (Opioide)	5
28	F21	Störung mit exzentrischem Verhalten und falschen Überzeugungen - Schizotype Störung	5
29	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	5
30	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	5

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	1.929
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.612
3	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	765
4	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	565
5	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen	420
6	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	387
7	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	374
8	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie	343
9	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen	170
10	8-632	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]	163
11	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	154
12	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	127
13	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	70
14	9-984	Pflegebedürftigkeit	66
15	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	42

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	19
17	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	19
18	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	18
19	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	8
20	8-151	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	7
21	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	6
22	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	5
23	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	4
24	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	4
25	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	< 4
26	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	< 4
27	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	< 4
28	1-425	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphdrüsen, Milz bzw. Thymusdrüse mit einer Nadel durch die Haut	< 4
29	1-493	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben mit einer Nadel	< 4
30	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	< 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			24,85	52,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	24,85		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	22,81		
	- ambulant	2,04		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,66	149,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,66		
	- indirekt	–		
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		79,00	16,41
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		79,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		75,73		
	- ambulant		3,27		

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
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
ZP13	Qualitätsmanagement

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			3,38	383,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,38		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,66		
	- ambulant	0,72		
Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin			0,50	2.592,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,39		
	- ambulant	0,11		
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			2,08	623,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,08		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,63		
	- ambulant	0,45		
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			14,09	91,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	14,09		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,08		
	- ambulant	3,01		
Ergotherapeut und Ergotherapeutin			5,47	236,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,80		
	- indirekt	4,67		
Versorgungsbereich	- stationär	4,67		
	- ambulant	0,80		

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			2,31	561,04
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	–		
	- indirekt	2,31		
Versorgungsbereich	- stationär	2,31		
	- ambulant	–		

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	**kinder-jugendpsychiatrie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Kinder- und Jugendpsychiatrie (3000) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Bender, Licenciado en psicología (UNED, Madrid)**
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	472
Teilstationäre Fallzahl	131
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	167
2	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	48
3	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	43
4	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	43
5	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	37
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	30
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	22
8	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	17
9	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	12
10	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	11
11	F41	Sonstige Angststörung	9
12	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	5
13	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	5
14	F42	Zwangsstörung	5
15	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	4
16	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4
17	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4
18	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphium verwandt sind (Opioide)	< 4
19	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	< 4
20	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	< 4
21	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	F20	Schizophrenie	< 4
23	F21	Störung mit exzentrischem Verhalten und falschen Überzeugungen - Schizotype Störung	< 4
24	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln - Ticstörung	< 4
25	F94	Störung sozialer Funktionen 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	9.859
2	9-693	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe oder Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	1.265
3	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	731
4	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	292
5	9-666	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen	274
6	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern	132
7	9-686	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	66
8	9-690	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	26
9	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	< 4

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

Nr.	Angebotene Leistung
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

Ambulanz für geflüchtete Kinder und Adoleszente

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Spezialambulanz zur Versorgung geflüchteter Kinder und Adoleszenter mit dem Ziel Psychoedukation, Gegenwartstabilisierung und bei Indikation Traumatherapie

Nr.	Angebotene Leistung
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
VP12	Spezialsprechstunde

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.

Regulationsstörungssprechstunde

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde

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
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			15,74	29,99
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,74		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,36		
	- ambulant	3,38		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,79	69,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,79		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,34		
	- ambulant	1,45		

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

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		31,74	14,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		31,74		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		29,26		
	- ambulant		2,48		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /-innen		3 Jahre		0,90	524,44
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,90		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,90		
	- ambulant		–		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Pflegehelfer/-innen (Pädagogen/Heilerziehungspfleger)		200 Stdn.		20,00	23,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		20,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		12,29		
	- ambulant		7,71		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,67	704,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,67		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,51		
	- 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
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
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-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			8,94	52,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,94		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,86		
	- ambulant	3,08		

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin			3,10	152,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,10		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,03		
	- ambulant	1,07		
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin			4,24	111,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,24		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,78		
	- ambulant	1,46		
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)			39,06	12,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	39,06		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	25,58		
	- ambulant	13,48		
Ergotherapeut und Ergotherapeutin			0,86	548,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,86		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,73		
	- ambulant	0,13		
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			2,72	173,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,64		
	- indirekt	2,08		
Versorgungsbereich	- stationär	2,50		
	- ambulant	0,22		
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge und Sozialpädagogin			2,59	182,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,70		
	- ambulant	0,89		

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, Kunst- 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 und Religionsausübung

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 95 %.

B-19.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	16
2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	12
3	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	7
4	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	6
5	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	5
6	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	4
7	F41	Sonstige Angststörung	< 4
8	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 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	644
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	148
3	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	143
4	1-900	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	13
5	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	4
6	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	< 4
7	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen	< 4
8	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	< 4
9	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	< 4
10	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
11	1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z.B. Zucker) verabreicht werden	< 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 über 1.200 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 Anpassungsstörungen 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 Klinik 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			3,97	13,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,97		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,90		
	- ambulant	1,07		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,57	21,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,57		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,88		
	- ambulant	0,69		

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
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ23	Innere Medizin
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

Der Klinikleiter verfügt über die Weiterbildungsermächtigung Psychosomatische Medizin für drei Jahre.

Zusätzlich haben Mitarbeiter der Klinik eine Fortbildung in Psychoonkologie gemäß den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft absolviert.

B-19.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		7,74	7,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,74		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		7,74		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,08	687,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,08		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,06		
	- 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
PQ20	Praxisanleitung

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	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,00		
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			0,12	458,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	–		
	- indirekt	0,12		
Versorgungsbereich	- stationär	0,12		
	- ambulant	–		

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	980
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14

B-20.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Schilddrüsenüberfunktion	454
2	C73	Schilddrüsenkrebs	334
3	C61	Prostatakrebs	51
4	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	36
5	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	29
6	C17	Dünndarmkrebs	17
7	C75	Krebs sonstiger hormonproduzierender Drüsen bzw. verwandter Strukturen	15
8	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	11
9	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	9
10	C74	Nebennierenkrebs	8
11	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	5
12	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
13	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	< 4
14	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
15	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	< 4
16	E07	Sonstige Krankheit der Schilddrüse	< 4

B-20.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	663
2	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	393
3	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	369
4	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	297
5	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	285

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	3-722	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	203
7	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	152
8	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	137
9	8-530	Behandlung mit radioaktiven Substanzen, die vom Körper aufgenommen werden	134
10	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	105
11	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	68
12	3-721	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	37
13	3-70b	Untersuchung der Stoffaufnahme und der Stoffabgabe von Zellen und Organen mithilfe radioaktiver Stoffe	35
14	3-750	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	23
15	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	17
16	3-70d	Bildgebendes Verfahren über Teile des Körpers zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	14
17	3-702	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	10
18	3-75x	Darstellung der Stoffwechselvorgänge sonstiger Organe mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	8
19	3-703	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
20	3-720	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns mittels radioaktiver Strahlung (SPECT)	< 4
21	3-700	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns und der Hirnwasserräume mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
22	3-740	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen (PET)	< 4
23	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	< 4
24	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	< 4
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
26	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
27	8-721	Überdruckbehandlung mit Sauerstoff - HBO	< 4
28	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 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) sowie bei bösartigen Kopf-, Hals-Tumoren (CIO)

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			9,59	102,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,96		
	- ambulant	3,63		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			4,36	224,77
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,36		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,71		
	- 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
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		8,35	117,37
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		8,35		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		8,35		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		2,56	382,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,56		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,21		
	- ambulant		1,35		

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
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

B-21 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und 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 und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-21.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	939
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	20

B-21.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C53	Gebärmutterhalskrebs	192
2	C15	Speiseröhrenkrebs	134
3	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	64
4	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	48
5	C09	Krebs der Gaumenmandel	48
6	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	44
7	C16	Magenkrebs	38
8	C71	Gehirnkrebs	33
9	C32	Kehlkopfkrebs	24
10	C01	Krebs des Zungengrundes	23
11	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	21
12	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	19
13	C04	Mundbodenkrebs	18
14	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	18
15	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	17
16	C52	Scheidenkrebs	14

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
17	C44	Sonstiger Hautkrebs	14
18	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	13
19	C51	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	13
20	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	13
21	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	11
22	C05	Gaumenkrebs	11
23	C54	Gebärmutterkrebs	11
24	C61	Prostatakrebs	11
25	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	10
26	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	10
27	C03	Zahnfleischkrebs	10
28	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	6
29	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	6
30	C02	Sonstiger Zungenkrebs	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	6.287
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	604
3	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	231
4	8-523	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Linearbeschleunigern und CyberKnife-Gerät#	208
5	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	78
6	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	71
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	66
8	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	36
9	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	35
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	22
11	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	21
12	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	20
13	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	15

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	8
15	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	7
16	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	7
17	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	5
18	8-159	Sonstige Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	5
19	8-121	Darmspülung	4
20	1-494	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	4
21	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	4
22	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	4
23	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
24	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	< 4
25	8-52d	Intraoperative Strahlentherapie mit Röntgenstrahlung	< 4
26	1-859	Sonstige Untersuchung durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	< 4
27	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4
28	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	< 4
29	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	< 4
30	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	< 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
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Nr.	Angebotene Leistung
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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25.07.2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)

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			15,32	61,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,32		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,52		
	- ambulant	10,80		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,43	146,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,43		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,90		
	- ambulant	4,53		

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		6,72	139,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,72		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		–		
	- ambulant		6,72		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,62	579,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,62		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,82		
	- 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
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	2.310
Teilstationäre Fallzahl	1.014
Anzahl Betten	60

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	403
2	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	285
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	168
4	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen - Systemische Sklerose	131
5	B86	Krätze - Skabies	100
6	L40	Schuppenflechte - Psoriasis	94
7	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	91
8	A46	Wundrose - Erysipel	80
9	L30	Sonstige Hautentzündung	72
10	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphigoidkrankheit	58
11	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	56
12	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	42
13	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	37
14	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	36
15	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	33
16	D03	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs - Melanoma in situ	28
17	L50	Nesselsucht	26
18	L23	Hautentzündung durch allergische Reaktionen auf Kontaktstoffe	25
19	I83	Krampfadern der Beine	25
20	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	23
21	M35	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift	22
22	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht - Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	21
23	L73	Sonstige Krankheit im Bereich der Haaransätze (Haarfollikel)	21

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	20
25	L88	Geschwürbildung und Absterben der Haut	18
26	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphiguskrankheit	15
27	D04	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Haut	15
28	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	14
29	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	13
30	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	13

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	1.733
2	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	1.082
3	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	802
4	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	528
5	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	500
6	8-971	Fachübergreifende Behandlung einer Hautkrankheit	378
7	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	374
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	229
9	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	216
10	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	183
11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	177
12	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	144
13	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	135
14	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	131
15	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	110
16	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	93
17	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	85
18	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	83
19	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	79
20	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	76

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	71
22	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	56
23	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	51
24	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	51
25	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	46
26	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hyposensibilisierung	39
27	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	31
28	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	27
29	5-906	Kombinierter wiederherstellende Operation an Haut bzw. Unterhaut	26
30	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	26

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

Nr.	Angebotene Leistung
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

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

Nr.	Angebotene Leistung
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
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	9
2	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 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			18,61	124,13
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,61		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,91		
	- ambulant	8,70		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,35	203,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,35		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,04		
	- ambulant	5,31		

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

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		46,18	50,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		46,18		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		35,77		
	- ambulant		10,41		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		0,55	4.200,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,55		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,55		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		5,08	454,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,08		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,38		
	- ambulant		2,70		

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	1.562
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	368
2	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	145
3	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	134
4	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	115
5	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	102
6	C04	Mundbodenkrebs	49
7	C44	Sonstiger Hautkrebs	37
8	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	32
9	C03	Zahnfleischkrebs	31
10	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	29
11	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	27
12	C05	Gaumenkrebs	26
13	C02	Sonstiger Zungenkrebs	25
14	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	22
15	C00	Lippenkrebs	20
16	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	16
17	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	16
18	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	13
19	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	13
20	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	12
21	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	12

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	12
23	Q30	Angeborene Fehlbildung der Nase	11
24	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	10
25	K13	Sonstige Krankheit der Lippe bzw. der Mundschleimhaut	10
26	S06	Verletzung des Schädelinneren	10
27	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	9
28	S01	Offene Wunde des Kopfes	9
29	K02	Zahnkaries	9
30	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	8

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	383
2	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	358
3	5-230	Zahnentfernung	306
4	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	273
5	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	207
6	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	199
7	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	159
8	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	149

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	126
10	5-764	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des vorderen Unterkiefers	126
11	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	121
12	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	109
13	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	109
14	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	102
15	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	101
16	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	95
17	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	93
18	5-77b	Knochenverpflanzung bzw. -umlagerung an Kiefer- oder Gesichtsschädelknochen	88
19	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	84
20	5-776	Operative Durchtrennung von Knochen zur Verlagerung des Untergesichts	74
21	5-765	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des hinteren Unterkiefers	72
22	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	70
23	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	70
24	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	69
25	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	61
26	5-249	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern	60
27	9-984	Pflegebedürftigkeit	58
28	5-312	Anlegen eines dauerhaftern, künstlichen Luftröhrenausganges	54
29	5-907	Erneute Operation einer Hautverpflanzung	54
30	5-275	Operative Korrektur des harten Gaumens - Palatoplastik	54

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	260
2	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	142
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	106

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	21
5	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	16
6	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	14
7	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	10
8	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	10
9	5-245	Zahnfreilegung	10
10	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	8
11	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	5
12	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	5
13	5-237	Zahnwurzelspitzenentfernung bzw. Zahnwurzelkanalbehandlung	5
14	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 4
15	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4
16	5-221	Operation an der Kieferhöhle	< 4
17	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
18	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
19	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	< 4
20	5-276	Operative Korrektur einer (angeborenen) Lippenspalte bzw. Lippen-Kieferspalte	< 4
21	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	< 4
22	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	< 4
23	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
24	5-909	Sonstige wiederherstellende Operation an der Haut bzw. Unterhaut	< 4
25	5-235	Wiedereinsetzen, Verpflanzung, Einpflanzung bzw. Stabilisierung eines Zahnes	< 4
26	5-856	Wiederherstellende Operation an den Bindegewebshüllen von Muskeln	< 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			11,69	133,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,69		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,57		
	- ambulant	3,12		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			4,93	316,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,93		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,61		
	- ambulant	1,32		

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		22,09	70,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		22,09		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		22,09		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		2,07	754,59
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,07		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,07		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,07	1.459,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,07		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,15		
	- ambulant		0,92		

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
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 und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-24.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	202
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	31

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	16
2	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	15
3	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	7
4	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	6
5	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	5
6	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	5
7	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	5
8	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	4
9	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	4
11	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	4
12	C15	Speiseröhrenkrebs	4
13	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	4
14	J85	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) der Lunge bzw. des Mittelfells (Mediastinum)	< 4
15	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	< 4
16	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	< 4
17	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	< 4
18	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
19	C67	Harnblasenkrebs	< 4
20	I46	Herzstillstand	< 4
21	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	< 4
22	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	< 4
23	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	< 4
24	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	< 4
25	C16	Magenkrebs	< 4
26	C61	Prostatakrebs	< 4
27	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	< 4
28	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	< 4
29	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	< 4
30	C03	Zahnfleischkrebs	< 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	3.156
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	2.088
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	1.339
4	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	1.086
5	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	1.069
6	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	950
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	920
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	868

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	350
10	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	322
11	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	290
12	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	236
13	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	211
14	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	191
15	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	137
16	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	105
17	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	92
18	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	76
19	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	63
20	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	61
21	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	56
22	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	45
23	8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	40
24	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	39
25	8-901	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Atemwege	37
26	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	34
27	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	33
28	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	31
29	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	29
30	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	29

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			118,59	1,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	118,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	116,87		
	- ambulant	1,72		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			68,43	2,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	68,43		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	67,44		
	- 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
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		79,72	2,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		79,72		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		79,72		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		7,41	27,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,41		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		7,41		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		1,99	101,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,89		
	- 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 palliativmedizinische Behandlung, palliative Pflege, hospizliche Begleitung sowie psychosoziale Unterstützung für Patienten mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen und ihre Angehörigen an. Eine optimale symptom- und bedürfnisorientierte Behandlung und Betreuung gewährleistet eine möglichst hohe Lebensqualität am Lebensende und ein würdevolles Sterben möglichst ohne Schmerzen und Leid.

Wir bieten spezialisierte stationäre Palliativversorgung auf der 15-Betten-Palliativstation im Dr.-Mildred-Scheel Haus, beratende Mitbetreuung durch unseren multiprofessionellen palliativmedizinischen Dienst für stationäre Patienten der gesamten Uniklinik, die ambulante Palliativversorgung in den Ambulanzen durch das MVZ (Allgemeinmedizin/Palliativmedizin) und die Versorgung im häuslichen Umfeld durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im linksrheinischen Stadtgebiet Köln.

Darüber hinaus steht die Begleitung für Patienten und Angehörige durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres professionell koordinierten Hospizdienstes zur Verfügung. Dazu gehört auch das Angebot einer bedarfsgerechten qualifizierten Trauerbegleitung für Angehörige nach dem Versterben des Patienten.

Die Palliativversorgung erfolgt im multiprofessionellen Team mit haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dazu gehören Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, qualifiziertes Pflegepersonal und weitere qualifizierte Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeiter, Seelsorger, Physiotherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten sowie besonders geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die Arbeit der Teams orientiert sich primär an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität bei schwerer unheilbarer Krankheit.

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 und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-25.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	436
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	15

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	410 Fälle
Palliativmedizinischer Dienst	835 Fälle
davon	
- ZE 60.1 Palliativmediz. Komplexbehandl. (OPS 8-982)	15 Fälle
- ZE 133 Palliativmediz. Komplexbehandl. (OPS 8-98h)	651 Fälle

(Fallzahlen aus 2017)

B-25.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	R52	Schmerz	216
2	R06	Atemstörung	116
3	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	31
4	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	18
5	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	7
6	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	6
7	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	6
8	R51	Kopfschmerz	4
9	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	4
10	R53	Unwohlsein bzw. Ermüdung	4
11	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
12	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
13	C71	Gehirnkrebs	< 4
14	L29	Juckreiz	< 4
15	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
16	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	< 4
17	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4
18	M54	Rückenschmerzen	< 4
19	R42	Schwindel bzw. Taumel	< 4
20	F41	Sonstige Angststörung	< 4
21	R41	Sonstige Beschwerden, die das Erkennungsvermögen bzw. das Bewusstsein betreffen	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	R44	Sonstige Beschwerden, die die Sinneswahrnehmungen bzw. das Wahrnehmungsvermögen betreffen	< 4
23	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	< 4
24	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4
25	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	< 4
26	R47	Sprech- bzw. Sprachstörung	< 4
27	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	< 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	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	635
2	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	433
3	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung	29
4	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	< 4
5	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	< 4
6	8-986	Fachübergreifende Rheumabehandlung bei Kindern und Jugendlichen	< 4
7	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4
8	8-988	Spezielle umfassende Behandlung der Hand	< 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			8,21	53,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,21		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,25		
	- ambulant	2,96		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,21	53,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,21		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,25		
	- ambulant	2,96		

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
	12 Personen
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
	2 Personen
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
	2 Personen
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung
	1 Person

B-25.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		19,28	22,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		19,28		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		19,28		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		0,27	1.614,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,27		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,22		
	- ambulant		0,05		

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	Notfallpflege
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 drei modernste 3,0 Tesla MR-Tomographien, zwei 1,5 Tesla MR-Tomographen, eine hauptsächlich für neuroradiologische Interventionen genutzte 2-Ebenen-Angiographie-Anlage und zwei für allgemeinradiologische Interventionen ausgelegte 1-Ebenen-Angiographie-Anlagen 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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

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

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	5.279
2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	3.924
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	3.914
4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	3.686
5	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	2.528
6	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.258
7	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1.759
8	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	1.402
9	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	1.047
10	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	797
11	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	619
12	3-611	Röntgendarstellung der Venen in Hals und Brustkorb mit Kontrastmittel	562
13	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	504
14	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	498
15	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	492
16	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	469
17	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	436
18	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	429
19	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	385
20	3-201	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel	384
21	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	367
22	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	360
23	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	343
24	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	318
25	3-60x	Sonstige Röntgendarstellung von Schlagadern mit Kontrastmittel	278
26	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	216

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	3-826	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	200
28	3-224	Computertomographie (CT) des Herzens mit Kontrastmittel	186
29	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	153
30	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	152

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	617
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	108
3	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	14
4	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	12
5	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	10
6	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	9
7	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	7
8	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	6

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	6
10	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	< 4
11	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	< 4
12	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	< 4
13	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			41,93	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	41,93		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	32,77		
	- ambulant	9,16		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			19,91	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,91		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,56		
	- ambulant	4,35		

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
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 auch benachbarter Fachgebiete. 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 30.000 Vollblutspenden von ca. 14.000 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 10 Millionen für HIV; unter 1 zu 500.000 für Hepatitis.

Hierdurch hat die Eigenblutspende (< 100/J) vor planbaren Operationen an Bedeutung verloren. Jedoch werden für Patienten mit schweren Formen des trockenen Auges, z. B. bei GvHD nach Stammzelltransplantation, Eigenserum Augentropfen als „Tränenersatzmittel“, für andere vor Netzhaut-Operationen Eigenblut-Plättchenkonzentrate zur schnelleren und besseren Wundheilung 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.

Die Transfusionsmedizin unterstützt verschiedenste Forschergruppen der Uniklinik Köln durch Kooperationen mit Laborleistungen und Bereitstellung von Restblut(-bestandteilen), die nicht für Patienten benötigt werden.

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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	6.371
2	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	1.023
3	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	28
4	8-802	Übertragung (Transfusion) von weißen Blutkörperchen von einem Spender	< 4

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. „Erythrozytenkonzentrat: 8-800.c0 = 1 TE bis unter 6 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			8,72	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,72		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,34		
	- ambulant	1,38		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			4,89	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,89		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,12		
	- ambulant	0,77		

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			2,50	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,10		
	- ambulant	0,40		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			1,85	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,85		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,55		
	- ambulant	0,30		

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
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			3,41	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,27		
	- ambulant	1,14		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,49	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,49		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,66		
	- ambulant	0,83		

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
AQ05	Biochemie
AQ38	Laboratoriumsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF26	Medizinische Informatik

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			18,00	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,34		
	- ambulant	9,66		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,51	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,51		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,33		
	- ambulant	6,18		

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			0,45	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,45		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,40		
	- ambulant	0,05		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			0,37	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,37		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,33		
	- ambulant	0,04		

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 –
ZF23	Magnetresonanztomographie – 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 2017 wurden ca. 374.000 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
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)

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
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
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)
VK33	Mukoviszidosezentrum
VK36	Neonatologie

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			0,60	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,60		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,42		
	- ambulant	0,18		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			0,51	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,51		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,36		
	- ambulant	0,15		

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 2017 wurden insgesamt über 177.000 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			2,18	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,18		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,30		
	- ambulant	0,88		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			1,87	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,87		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,11		
	- ambulant	0,76		

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
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen 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			7,63	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	7,63		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,63	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	7,63		

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	224	100,4 %
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	34	100,0 %
09/3	Herzschrittmacher-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation	73	105,5 %
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	77	98,7 %
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	23	100,0 %
09/6	Implantierbare Defib.-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation	49	98,0 %
10/2	Karotis- Revaskularisation	217	98,2 %
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	333	100,0 %
16/1	Geburtshilfe	2.270	99,8 %
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	24	100,0 %
18/1	Mammachirurgie	309	99,7 %
DEK	Dekubitusprophylaxe	621	96,0 %
HCH-A	Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert	1.458	100,7 %
HCH-M	Herzchirurgie – Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	(1)	(1)
HCH-K	Herzchirurgie – Koronarchirurgie, isoliert	(1)	(1)
- Aort Kath Endo	- Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	346	100,6 %
- Aort Kath Trapi	- Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	11	100,0 %
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	182	97,8 %
- HEP IMP	- Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	139	97,8 %
- HEP WE	- Zählleistungsbereich Hüftendoproth.-wechsel u. Komponentenw.	45	97,8 %
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	12	100,0 %
- HTXM-TX	- Zählleistungsbereich Herztransplantation	< 4	(3)
- HTXM-MKU	- Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	10	100,0 %
KEP	Knieendoprothesenversorgung	93	97,8 %
- KEP IMP	- Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	70	97,1 %
- KEP WE	- Zählleistungsbereich Knieendoproth.-wechsel u. Komponentenw.	23	100,0 %
LLS	Leberlebendspende	0	(2)
LTX	Lebertransplantation	7	100,0 %
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	< 4	(3)
NEO	Neonatologie	992	100,6 %
NLS	Nierenlebendspende	30	100,0 %

Modul	Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	163	93,3 %
	Die hier ausgewiesene Unterdokumentation beruht auf technischen Umständen, alle tatsächlich dokumentationspflichtigen Fälle wurden erfasst und dokumentiert. Die fehlenden Fälle waren nur formal nach der ICD-Kodierung, tatsächlich aber nicht dokumentationspflichtig. Als diese Differenz auffiel, konnte aufgrund der technisch bedingten, überlangen Laufzeit der Software für die Sollstatistik kein erneuter, korrigierter Lauf gestartet werden.		
PNTX	Nierentransplantation	54	100,0 %
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	(1)	(1)

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 Fallzahl und diese Dokumentationsrate sollen 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 § 137 SGB V

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

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

Das IQTIG berechnet nach Abschluss der Datenannahme für ein Verfahrensjahr die Kennzahlen für das einzelne Krankenhaus und legt Referenzbereiche fest. Nach aktueller Ansicht des IQTIG sind nur Kennzahlen mit Referenzbereich ein Qualitätsindikator.

Liegt für ein Krankenhaus das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, wird eine rechnerische Auffälligkeit festgestellt und ein Strukturierter Dialog eröffnet, bei dem das Krankenhaus um eine Stellungnahme gebeten wird.

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 (Observed / Expected)

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

Beispiel für eine Risikoadjustierung (stark vereinfachend)

Indikator Komplikationen – Risikofaktor Alter

Beispielkrankenhaus A

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

Beispielkrankenhaus B

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

Datenpool (A + B)

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

Risikofaktor (Alter)

5 Patienten mit Komplikation = **Risikofaktor** x **20,0 %** Patienten über 75 Jahre x **200** Fälle
Risikofaktor = **5** / (**20,0 %** 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 = Observed), und wie das Verhältnis ist (O / E). So sollen Krankenhäuser vergleichbar werden, deren Fälle z. B. eine unterschiedliche Altersstruktur haben.

Beispielkrankenhaus A

Observed **O** =		**2**	Patienten mit Komplikation
Expected **E**	= 0,125 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

Observed **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)

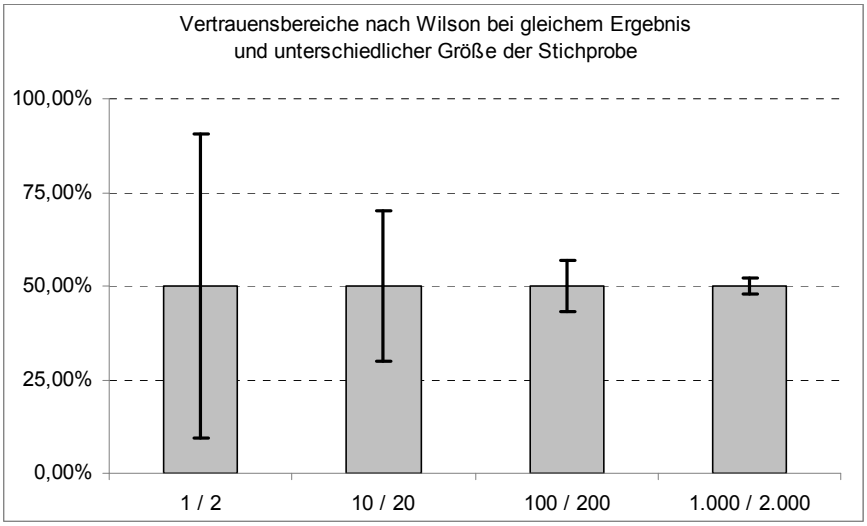
Das Verfahren ist stark abhängig von der Auswahl der Risikofaktoren aus den erfassten Daten und natürlich auch davon, welche Daten im Datenpool sind.

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: Beschluss eines Anhangs 3 zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2017“ vom 21. Juni 2018 werden die Ergebnisse auf den folgenden Seiten dargestellt.

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 54139	**Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen** Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers aufgrund eines verlangsamten Herzschlags

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
201 / 213	**94,37 %**	90,41 – 96,75	>= 90,00 % (Zielbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,75 %	92,56 – 92,93 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation 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, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.
Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.

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
200 / 202	**99,01 %**	96,46 – 99,73	>= 90,00 % (Zielbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,28 %	98,19 – 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. 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. 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.

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 / 202	**1,98 %**	0,77 – 4,98	<= 10,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,67 %	1,58 – 1,77 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. 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. 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.

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
881 / 920	**95,76 %**	94,26 – 96,88	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	↗ verbessert
Bundesergebnis	95,68 %	95,61 – 95,76 %		

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

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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.

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	0,84 %	0,77 – 0,90 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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	1,41 %	1,33 – 1,50 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,47 O / E**	0,16 – 1,35	<= 3,99 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,91 – 1,03		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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
NK-01 ID 54141	**Systeme 1. Wahl** Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Mehrzahl der Fälle implantiert werden sollte

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
196 / 202	**97,03 %**	93,67 – 98,63	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,41 %	96,27 – 96,54 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. 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 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
NK-02 ID 54142	**Systeme 2. Wahl** Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das in der Minderzahl der Fälle implantiert werden sollte

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 202	**0,00 %**	0,00 – 1,87	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,20 %	0,17 – 0,24 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. 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 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eht150.

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 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
189 / 198	**95,45 %**	91,59 – 97,59	>= 95,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,78 %	97,67 – 97,88 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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.

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Chirurgische Komplikationen**
ID 1096	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 34	**0,00 %**	0,00 – 10,15	<= 1,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,10 %	0,06 – 0,16 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 51398	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 34	**0,00 %**	0,00 – 10,15	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,25 %	0,18 – 0,33 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung.

[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
0 / 77	**0,00 %**	0,00 – 4,75	<= 2,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,70 %	0,57 – 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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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 / 64	**0,00 %**	0,00 – 5,66	<= 3,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,78 %	0,60 – 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
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,60 O / E**	0,11 – 3,24	<= 5,63 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,86 – 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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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
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
74 / 76	**97,37 %**	90,90 – 99,28	>= 90,00 % (Zielbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,22 %	95,98 – 96,45 %		

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

In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleich-bedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

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
211 / 226	**93,36 %**	89,34 – 95,94	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,92 %	95,79 – 96,05 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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.

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	0,68 %	0,58 – 0,79 %		

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
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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 / 54	**0,00 %**	0,00 – 6,64	<= 3,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,69 %	0,60 – 0,81 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,71 O / E**	0,30 – 9,23	<= 5,98 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,08	0,93 – 1,25		

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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
01 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
183 / 186	**98,39 %**	95,37 – 99,45	>= 95,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,39 %	98,29 – 98,49 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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.

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	**Chirurgische Komplikationen**
ID 50030	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 23	**0,00 %**	0,00 – 14,31	<= 1,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,10 %	0,06 – 0,18 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 50031	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 23	**0,00 %**	0,00 – 14,31	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,20 %	0,13 – 0,30 %		

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

Die Sterblichkeit während bzw. unmittelbar nach einem isolierten Aggregatwechsel hängt nicht nur von der korrekten Durchführung des Eingriffs und einem spezifischen Notfallmanagement ab. Ein Teil der Sterbefälle ist durch patientenbedingte Faktoren und unglückliche Zufälle verursacht. Daher sind die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs für die Feststellung tatsächlicher Versorgungsmängel von zentraler Bedeutung. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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
5 / 99	**5,05 %**	2,18 – 11,28	<= 10,07 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	3,78 %	3,59 – 3,98 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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
5 / 99	**5,05 %**	2,18 – 11,28	<= 6,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	3,16 %	2,99 – 3,35 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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]	**–**		<= 2,38 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,62 %	0,55 – 0,71 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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

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 / 48	**0,00 %**	0,00 – 7,41	<= 2,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,04 %	0,84 – 1,27 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 3,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,58 %	0,42 – 0,80 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,1 Fallzahl: 48	**0,00 O / E**	0,00 – 3,23	<= 4,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,89	0,75 – 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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

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 / 82	**98,78 %**	93,41 – 99,78	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,96 %	98,78 – 99,12 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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
68 / 69	**98,55 %**	92,24 – 99,74	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,82 %	99,71 – 99,89 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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	6,64 %	4,19 – 10,38 %		

Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Stellungnahme ohne Beantwortung der von der AG angeforderten Zusatzfragen, Epikrisen wurden übermittelt	↘ verschlechtert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In diesem Indikator werden 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.

[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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 3,42 Fallzahl: 158	**2,63 O / E**	1,40 – 4,83	<= 2,90 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,10	1,02 – 1,19		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden 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.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 1,87 Fallzahl: 158	**3,21 O / E**	1,48 – 6,80	<= 3,95 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,17	1,06 – 1,29		

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden 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.

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
14 / 16	**87,50 %**	63,98 – 96,50	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,53 %	98,03 – 98,90 %		

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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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
12 / 12	**100,00 %**	75,75 – 100,00	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,56 %	99,16 – 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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 3,19 Fallzahl: 48	**1,26 O / E**	0,50 – 2,95	<= 2,82 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,89 – 1,11		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. 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.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 2,31 Fallzahl: 48	**1,73 O / E**	0,68 – 4,07	<= 4,26 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	0,92 – 1,20		

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. In diesem Indikator werden 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.

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01a 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	19,38 %	15,45 – 24,03 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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 612	**Organerhaltung bei Ovareingriffen bei Patientinnen bis 45 Jahre** Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
49 / 58	**84,48 %**	73,07 – 91,62	>= 72,82 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	87,66 %	87,34 – 87,98 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**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
9 / 166	**5,42 %**	2,88 – 9,98	<= 5,59 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,77 %	2,67 – 2,87 %		

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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
PQ-01 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
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 20,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	8,94 %	8,50 – 9,40 %		

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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

[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
PQ-02 ID 12874	**Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung** Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 5,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,19 %	1,09 – 1,31 %		

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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

[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
PQ-03 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,85 O / E**	0,15 – 4,70	<= 4,18	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	0,95 – 1,09		

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

[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
01 ID 52249	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten** Kaiserschnittgeburten - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
979 / 833,91 Fallzahl: 2231	**1,17 O / E**	1,12 – 1,23	<= 1,25 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,99 – 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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,93 O / E**	0,66 – 5,60	<= 5,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,90 – 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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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
03 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
22 / 14,11 Fallzahl: 1043	**1,56 O / E**	1,03 – 2,35	<= 2,10 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	0,99 – 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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
NK-01 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
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,21 %	0,20 – 0,23 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
NK-02 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,82 O / E**	0,28 – 2,41	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	0,99 – 1,10		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

[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
PQ-01	**Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten**
ID 318	Anwesenheit einer Kinderärztin / eines Kinderarztes bei Frühgeburten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
254 / 254	**100,00 %**	98,51 – 100,00	>= 90,00 %	↗ verbessert
Bundesergebnis	96,97 %	96,76 – 97,17 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
PQ-02 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
79 / 79	**100,00 %**	95,36 – 100,00	>= 95,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,18 %	96,79 – 97,52 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
PQ-03	**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 / 52	**0,00 %**	0,00 – 6,88	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,27 %	0,19 – 0,39 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

[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
PQ-04 ID 50045	**Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung** Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
984 / 987	**99,70 %**	99,11 – 99,90	>= 90,00 %	↗ verbessert
Bundesergebnis	99,03 %	98,99 – 99,07 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
PQ-05 ID 51803	**Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen** Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
25 / 14,4 Fallzahl: 1885	**1,74 O / E**	1,18 – 2,55	<= 2,32	◆ 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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

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)	➔ unverändert
Bundesergebnis	16,23 %	15,94 – 16,53 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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
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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,41 O / E**	0,07 – 1,89	<= 2,35 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,08	1,06 – 1,11		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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
04 ID 54029	**Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit einer hüftgelenkerhaltenen Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 23	**0,00 %**	0,00 – 14,31	<= 4,37 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,15 %	1,07 – 1,24 %		

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	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,17 Fallzahl: 23	**0,00 O / E**	0,00 – 19,18	<= 4,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,96	0,87 – 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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienten-eigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,28 Fallzahl: 23	**0,00 O / E**	0,00 – 11,97	<= 3,54 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,73	0,66 – 0,79		

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 54046	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**2,34 O / E**	0,65 – 7,22	<= 2,02 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,97 – 1,04		

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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 ID 51846	**Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung** Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
151 / 153	**98,69 %**	95,36 – 99,64	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,16 %	97,04 – 97,28 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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
15 / 136	**11,03 %**	6,80 – 17,40	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	13,15 %	12,89 – 13,41 %		

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 Referenzbereichs 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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**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
56 / 58	**96,55 %**	88,27 – 99,05	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,05 %	95,83 – 96,25 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 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
4 / 116	**3,45 %**	1,35 – 8,53	<= 18,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	5,18 %	5,00 – 5,36 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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.

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
PQ-01	**Primäre Axilladissektion bei DCIS**
ID 2163	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 21	**0,00 %**	0,00 – 15,46	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,06 %	0,02 – 0,16 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

[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
PQ-02 ID 52279	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung** Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
14 / 14	**100,00 %**	78,47 – 100,00	>= 95,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,24 %	95,99 – 96,47 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
PQ-03 ID 52330	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung** Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen und Patienten mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
52 / 52	**100,00 %**	93,12 – 100,00	>= 95,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,23 %	99,10 – 99,35 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Die Ergebnisse zu diesem Indikator werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/.

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** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts eine erhebliche Schädigung der Haut durch Druck erworben haben, die bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke reicht (Grad/Kategorie 4)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 51.094	**0,00 %**	0,00 – 0,01	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
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Intraprozedurale Komplikationen**
ID 51916	Komplikationen während des Eingriffs

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 359	**1,67 %**	0,77 – 3,60	<= 5,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	2,45 %	2,24 – 2,67 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Gefäßkomplikationen**
ID 52007	Komplikationen an den Gefäßen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
45 / 359	**12,53 %**	9,50 – 16,36	<= 16,77 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	↘ verschlechtert
Bundesergebnis	7,90 %	7,54 – 8,29 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 11995	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit geplanter oder dringlicher Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 356	**1,69 %**	0,77 – 3,63	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,87 %	2,64 – 3,11 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 12168	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 9,41 Fallzahl: 359	**0,64 O / E**	0,29 – 1,37	<= 2,19 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,90 – 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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03c	**Status am 30. postoperativen Tag**
ID 11997	Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
340 / 359	**94,71 %**	91,88 – 96,59	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	71,98 %	71,34 – 72,60 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03d	**Sterblichkeit nach 30 Tagen**
ID 11996	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Fälle			Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,49 %	3,10 – 3,92 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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 geplanter oder dringlicher Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 172	**0,00 %**	0,00 – 2,18	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,26 %	0,17 – 0,39 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In dieser Kennzahl 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 dieser Kennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

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 Patientinnen und Patienten mit keinem oder mittlerem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 140	**0,00 %**	0,00 – 2,67	<= 2,02 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,23 %	0,14 – 0,38 %		

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Intraprozedurale Komplikationen**
ID 52006	Komplikationen während des Eingriffs

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 176	**0,00 %**	0,00 – 2,14	<= 2,55 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,51 %	0,39 – 0,68 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 341	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit geplanter oder dringlicher Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,08 %	1,80 – 2,41 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
03b ID 12092	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 3,84 Fallzahl: 176	**1,04 O / E**	0,41 – 2,61	<= 2,26 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,14	1,01 – 1,29		

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen. 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/qs-verfahren/.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03c	**Status am 30. postoperativen Tag**
ID 345	Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
164 / 176	**93,18 %**	88,46 – 96,06	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	79,21 %	78,36 – 80,04 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03d	**Sterblichkeit nach 30 Tagen**
ID 343	Sterblichkeit 30 Tage nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Fälle			Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,05 %	2,59 – 3,60 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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 / 125	**0,00 %**	0,00 – 2,98	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,29 %	0,17 – 0,47 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In dieser Kennzahl 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 dieser Kennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

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 / 116	**0,00 %**	0,00 – 3,21	<= 1,97 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,31 %	0,18 – 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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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.

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
02a ID 360	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit der geplanten oder dringlichen Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 125	**3,20 %**	1,25 – 7,94	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,05 %	3,55 – 4,62 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 12193	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 5,75 Fallzahl: 131	**0,87 O / E**	0,37 – 1,96	<= 1,98 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,88 – 1,11		

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02c	**Status am 30. postoperativen Tag**
ID 11391	Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
125 / 131	**95,42 %**	90,37 – 97,88	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	79,91 %	78,84 – 80,95 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02d	**Sterblichkeit nach 30 Tagen**
ID 362	Sterblichkeit 30 Tage nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Fälle			Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,94 %	4,19 – 5,82 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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
700 / 727	**96,29 %**	94,65 – 97,44	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,43 %	95,18 – 95,66 %		

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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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 geplanter oder dringlicher Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,35 %	0,29 – 0,42 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. In dieser Kennzahl 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 dieser Kennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

[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 – 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 / 702	**0,00 %**	0,00 – 0,54	<= 1,22 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,30 %	0,25 – 0,38 %		

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

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. 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.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a ID 349	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes im Zusammenhang mit der geplanten oder dringlichen Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 727	**1,51 %**	0,85 – 2,69	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,96 %	1,81 – 2,13 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 11617	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 13,00 Fallzahl: 802	**1,23 O / E**	0,76 – 1,98	<= 1,69 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	0,96 – 1,08		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03c	**Status am 30. postoperativen Tag**
ID 353	Feststellen, ob die Patientin / der Patient 30 Tage nach der Operation lebt oder verstorben ist

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
781 / 802	**97,38 %**	96,03 – 98,28	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	77,85 %	77,41 – 78,28 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03d	**Sterblichkeit nach 30 Tagen**
ID 351	Sterblichkeit 30 Tage nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
15 / 781	**1,92 %**	1,17 – 3,14	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,14 %	2,90 – 3,41 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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
103 / 105	**98,10 %**	93,32 – 99,48	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,65 %	96,56 – 96,73 %		

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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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
45 / 48	**93,75 %**	83,16 – 97,85	>= 86,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,87 %	92,56 – 93,17 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispiels-weise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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 Qualitäts-indikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

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	15,63 %	15,34 – 15,93 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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
102 / 106	**96,23 %**	90,70 – 98,52	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,00 %	94,90 – 95,10 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a 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 / 32	**12,50 %**	4,97 – 28,07	<= 24,30 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	11,11 %	10,85 – 11,37 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b 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]	**–**		<= 6,03 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,62 %	1,56 – 1,68 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
05c 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
6 / 44	**13,64 %**	6,40 – 26,71	<= 17,46 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,21 %	5,93 – 6,51 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a 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]	**–**		<= 11,11 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	4,52 %	4,35 – 4,69 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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 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
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 7,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	2,41 %	2,34 – 2,48 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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 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
4 / 51	**7,84 %**	3,09 – 18,50	<= 29,42 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	11,77 %	11,39 – 12,15 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**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
102 / 103	**99,03 %**	94,70 – 99,83	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,01 %	97,95 – 98,08 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 3,97 Fallzahl: 123	**2,27 O / E**	1,21 – 4,13	<= 2,33 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,99 – 1,03		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 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
U31	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig** Besondere klinische Situation	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. 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/qs-verfahren/.

[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
01a	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD**
ID 52382	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes nach Einsetzen eines Systems, das die Funktion der linken Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 30,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	22,00 %	19,48 – 24,74 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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
01b ID 52383	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines BiVAD** Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes nach Einsetzen eines Systems, das die Funktion der linken und rechten Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	67,86 %	58,74 – 75,79 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse diese Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
01c	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines TAH**
ID 52384	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes nach Einsetzen eines künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Fälle			Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	83,33 %	55,20 – 95,30 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a ID 52385	**Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD** Anhaltende Störung der Gehirnfunktion nach Einsetzen eines Systems, das die Funktion der linken Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	**0,00 %**	0,00 – 29,91	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,80 %	5,39 – 8,54 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 52386	**Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD** Anhaltende Störung der Gehirnfunktion nach Einsetzen eines Systems, das die Funktion der linken und rechten Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	12,50 %	7,72 – 19,60 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
02c	**Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH**
ID 52387	Anhaltende Störung der Gehirnfunktion nach Einsetzen eines künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Fälle			Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,69 %	1,37 – 33,31 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a	**Sepsis bei Implantation eines LVAD**
ID 52388	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die Funktion der linken Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	**0,00 %**	0,00 – 29,91	<= 25,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,04 %	8,32 – 12,07 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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/qs-verfahren/.

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
03b	**Sepsis bei Implantation eines BiVAD**
ID 52389	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die Funktion der linken und rechten Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	20,83 %	14,53 – 28,95 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

[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

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03c	**Sepsis bei Implantation eines TAH**
ID 52390	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Fälle			Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	46,15 %	23,21 – 70,86 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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
04a	**Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD**
ID 52391	Fehlerhafte Funktion des eingesetzten Systems, das die Funktion der linken Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	**0,00 %**	0,00 – 29,91	<= 5,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,30 %	0,10 – 0,89 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b	**Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD**
ID 52392	Fehlerhafte Funktion des eingesetzten Systems, das die Funktion der linken und rechten Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,50 %	0,85 – 7,09 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
04c	**Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH**
ID 52393	Fehlerhafte Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
Keine Fälle			Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 22,81 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
N01	**Bewertung nicht vorgesehen** Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2157	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	9,92 %	6,86 – 14,14 %		

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	↗ verbessert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**
ID 12253	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 6	**66,67 %**	30,00 – 90,32	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	78,17 %	73,01 – 82,58 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 51629	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 6	**66,67 %**	30,00 – 90,32	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	78,17 %	73,01 – 82,58 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a	**2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**
ID 12269	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	73,99 %	68,48 – 78,84 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 51631	**2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	73,99 %	68,48 – 78,84 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**
ID 12289	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 65,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	72,70 %	67,33 – 77,48 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 51633	**3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 65,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	72,70 %	67,33 – 77,48 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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
59 / 59	**100,00 %**	93,89 – 100,00	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,64 %	97,56 – 97,72 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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
9 / 9	**100,00 %**	70,09 – 100,00	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,93 %	95,65 – 96,20 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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
24 / 24	**100,00 %**	86,20 – 100,00	>= 86,00 % (Zielbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	90,88 %	90,47 – 91,28 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a ID 54124	**Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation** Spezifische Komplikationen beim geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 68	**0,00 %**	0,00 – 5,35	<= 4,00 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,09 %	1,04 – 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	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b ID 54125	**Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile auftreten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 24	**0,00 %**	0,00 – 13,80	<= 14,70 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	5,01 %	4,71 – 5,33 %		

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	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**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
62 / 68	**91,18 %**	82,06 – 95,89	>= 80,00 % (Zielbereich)	↗ verbessert
Bundesergebnis	92,42 %	92,29 – 92,54 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,27 O / E**	0,22 – 6,86	<= 4,22 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,94	0,88 – 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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

KEP – Knieendoprothesenversorgung

Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 54127	**Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit** Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 79	**0,00 %**	0,00 – 4,64	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,04 %	0,03 – 0,05 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. 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/qs-verfahren/.

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

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Tod durch operative Komplikationen**
ID 2097	Sterblichkeit aufgrund von Komplikationen im Zusammenhang mit der Operation innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 7	**0,00 %**	0,00 – 35,43	<= 5,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,29 %	0,70 – 2,36 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2096	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 7	**0,00 %**	0,00 – 35,43	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	10,09 %	8,16 – 12,42 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a	**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
9 / 9	**100,00 %**	70,09 – 100,00	>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	82,26 %	79,47 – 84,74 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 51596	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 9	**100,00 %**	70,09 – 100,00	>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	79,98 %	77,12 – 82,56 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**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 / 5	**80,00 %**	37,55 – 96,38	>= 61,38 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	78,10 %	75,07 – 80,86 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 51599	**2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 5	**80,00 %**	37,55 – 96,38	>= 50,97 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	75,40 %	72,32 – 78,24 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a	**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 Datenschutz [x]	**–**		>= 61,96 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	76,87 %	73,85 – 79,63 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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 ID 51602	**3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 57,31 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	74,67 %	71,63 – 77,50 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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
06	**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	24,71 %	21,66 – 28,04 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

[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
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	10,61 %	7,66 – 14,53 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Das Lungentransplantationsprogramm ruht seit Mai 2017. Auf eine Bewertung wurde verzichtet.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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)	➔ unverändert
Bundesergebnis	85,37 %	81,13 – 88,78 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Das Lungentransplantationsprogramm ruht seit Mai 2017. Auf eine Bewertung wurde verzichtet.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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 ID 51636	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	85,37 %	81,13 – 88,78 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Das Lungentransplantationsprogramm ruht seit Mai 2017. Auf eine Bewertung wurde verzichtet.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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)	➔ unverändert
Bundesergebnis	75,86 %	70,62 – 80,43 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Das Lungentransplantationsprogramm ruht seit Mai 2017. Auf eine Bewertung wurde verzichtet.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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 ID 51639	**2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 65,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	75,60 %	70,35 – 80,18 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Das Lungentransplantationsprogramm ruht seit Mai 2017. Auf eine Bewertung wurde verzichtet.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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)	➔ unverändert
Bundesergebnis	71,39 %	66,41 – 75,89 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Das Lungentransplantationsprogramm ruht seit Mai 2017. Auf eine Bewertung wurde verzichtet.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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 ID 51641	**3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		>= 60,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	71,18 %	66,20 – 75,69 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Das Lungentransplantationsprogramm ruht seit Mai 2017. Auf eine Bewertung wurde verzichtet.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
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
6 / 124	**4,84 %**	2,24 – 10,16	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,19 %	3,83 – 4,57 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 9,9 Fallzahl: 124	**0,61 O / E**	0,28 – 1,27	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,91 – 1,09		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

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
5 / 124	**4,03 %**	1,73 – 9,09	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,29 %	2,97 – 3,64 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 6,72 Fallzahl: 124	**0,74 O / E**	0,32 – 1,68	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,88	0,79 – 0,97		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

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	1,46 %	1,25 – 1,70 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

[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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,94 O / E**	0,26 – 3,31	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,25	1,07 – 1,46		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

[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
4 / 104	**3,85 %**	1,51 – 9,47	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	5,61 %	5,14 – 6,12 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 11,97 Fallzahl: 104	**0,33 O / E**	0,13 – 0,82	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,90	0,82 – 0,98		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

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
5 / 88	**5,68 %**	2,45 – 12,62	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,52 %	3,11 – 3,99 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 5,9 Fallzahl: 88	**0,85 O / E**	0,37 – 1,88	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,07	0,94 – 1,21		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Bei dieser Kennzahl handelt sich hierbei um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Kennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Kennzahlergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Kennzahlergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Kennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
19 / 30,06 Fallzahl: 126	**0,63 O / E**	0,41 – 0,94	<= 2,08 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,92 – 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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. 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 entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2013): Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer 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 (abgerufen am: 21.03.2018). 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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 23,27 Fallzahl: 745	**0,30 O / E**	0,15 – 0,62	<= 2,53 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,95 – 1,05		

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
19 / 24,93 Fallzahl: 668	**0,76 O / E**	0,49 – 1,18	<= 2,50 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,94	0,89 – 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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10	**Zunahme des Kopfumfangs**
ID 52262	Wachstum des Kopfes

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
36 / 161	**22,36 %**	16,61 – 29,40	<= 22,20 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	9,59 %	9,14 – 10,05 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

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
859 / 884	**97,17 %**	95,86 – 98,08	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	97,81 %	97,72 – 97,90 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Intra- oder postoperative Komplikationen**
ID 51567	Komplikationen während oder nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 30	**0,00 %**	0,00 – 11,35	<= 10,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,82 %	0,99 – 3,33 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**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]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
03a ID 12440	**Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit der Spenderin / des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 30	**0,00 %**	0,00 – 11,35	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
03b ID 51568	**Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit der Spenderin / des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob die Spenderin / der Spender lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 30	**0,00 %**	0,00 – 11,35	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,68 %	1,66 – 4,31 %		

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	↗ verbessert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
04a ID 12452	**Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit der Spenderin / des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 28	**0,00 %**	0,00 – 12,06	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,60 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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 51569	**Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit der Spenderin / des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob die Spenderin / der Spender lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 28	**0,00 %**	0,00 – 12,06	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,02 %	1,18 – 3,42 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
05a ID 12468	**Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit der Spenderin / des Spenders 3 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 – 0,63 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
05b ID 51570	**Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende** Sterblichkeit der Spenderin / des Spenders 3 Jahre nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob die Spenderin / der Spender lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,90 %	1,84 – 4,54 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog der Vorjahre evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
06	**Dialyse beim Lebendspender erforderlich**
ID 2138	Dialyse bei der Spenderin / dem 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]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
07 ID 12636	**Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)** Eingeschränkte Nierenfunktion bei der Spenderin / dem Spender 1 Jahr nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

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	0,00 %	0,00 – 0,74 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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/qs-verfahren/.

[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
08 ID 12640	**Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)** Eingeschränkte Nierenfunktion bei der Spenderin / dem Spender 2 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 20	**0,00 %**	0,00 – 16,11	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,37 %	0,10 – 1,33 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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/qs-verfahren/.

[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 12644	**Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)** Eingeschränkte Nierenfunktion bei der Spenderin / dem Spender 3 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 18	**0,00 %**	0,00 – 17,59	Sentinel-Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,58 %	0,20 – 1,69 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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/qs-verfahren/.

[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 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)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,31 %	4,34 – 9,09 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
11 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
0 / 15	**0,00 %**	0,00 – 20,39	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,78 %	4,73 – 9,62 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

NLS – Nierenlebendspende

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12 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
0 / 14	**0,00 %**	0,00 – 21,53	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,22 %	4,28 – 8,96 %		

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	↗ verbessert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Intra- oder postoperative Komplikationen**
ID 51557	Komplikationen während oder nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
12 / 53	**22,64 %**	13,45 – 35,53	<= 25,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	17,39 %	15,73 – 19,20 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2171	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 5,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03 %	0,66 – 1,61 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

[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
03a	**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
56 / 59	**94,92 %**	86,08 – 98,26	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,03 %	95,07 – 96,80 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 51560	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
56 / 59	**94,92 %**	86,08 – 98,26	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,35 %	94,33 – 96,19 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**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
53 / 54	**98,15 %**	90,23 – 99,67	>= 85,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	94,59 %	93,52 – 95,49 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 51561	**2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
53 / 54	**98,15 %**	90,23 – 99,67	>= 85,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	93,22 %	92,06 – 94,23 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05a	**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
47 / 50	**94,00 %**	83,78 – 97,94	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	92,09 %	90,81 – 93,20 %		

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
Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05b ID 51562	**3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
47 / 51	**92,16 %**	81,50 – 96,91	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	90,52 %	89,15 – 91,73 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06a ID 2184	**Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung** Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (einer verstorbenen Spenderin / eines verstorbenen Spenders) bei der Empfängerin / dem Empfänger

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
21 / 23	**91,30 %**	73,20 – 97,58	>= 60,00 % (Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	74,82 %	72,35 – 77,14 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06b ID 2185	**Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung** Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (einer lebenden Spenderin / eines lebenden Spenders) bei der Empfängerin / dem Empfänger

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
29 / 29	**100,00 %**	88,30 – 100,00	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	94,64 %	92,46 – 96,22 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07a ID 2188	**Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (einer verstorbenen Spenderin / eines verstorbenen Spenders) bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
19 / 23	**82,61 %**	62,86 – 93,02	>= 70,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	85,67 %	83,58 – 87,53 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07b ID 2189	**Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (einer lebenden Spenderin / eines lebenden Spenders) bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
28 / 29	**96,55 %**	82,82 – 99,39	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,21 %	94,27 – 97,51 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 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
< 4 Datenschutz [x]	**–**		<= 8,16 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,42 %	3,58 – 5,45 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. 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/qs-verfahren/.

[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
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
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,44 %	5,43 – 7,62 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
10 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
< 4 Datenschutz [x]	**–**		Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,20 %	6,10 – 8,49 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

[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
11 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
48 / 49	**97,96 %**	89,31 – 99,64	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,28 %	94,18 – 96,18 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12 ID 12735	**Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (einer verstorbenen Spenderin / eines verstorbenen Spenders) 2 Jahre nach der Transplantation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
43 / 43	**100,00 %**	91,80 – 100,00	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,61 %	94,55 – 96,48 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13 ID 12741	**Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)** Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (einer verstorbenen Spenderin / eines verstorbenen Spenders) 3 Jahre nach der Transplantation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
39 / 42	**92,86 %**	80,99 – 97,54	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,69 %	93,48 – 95,68 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Kennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Kennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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
151 / 152	**99,34 %**	96,37 – 99,88	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,43 %	98,39 – 98,48 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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 (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
118 / 130	**90,77 %**	84,56 – 94,64	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,27 %	95,18 – 95,35 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 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
49 / 54	**90,74 %**	80,09 – 95,98	>= 90,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	94,01 %	93,88 – 94,13 %		

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

Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

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
95 / 95	**100,00 %**	96,11 – 100,00	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,59 %	95,49 – 95,68 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
14 / 16,61 Fallzahl: 152	**0,84 O / E**	0,51 – 1,36	<= 1,58 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,04	1,03 – 1,05		

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. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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/qs-verfahren/.

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
103 / 135	**76,30 %**	68,46 – 82,68	>= 95,00 % (Zielbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,25 %	96,18 – 96,32 %		

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, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen 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 nochmalige Steigerung gegenüber dem Vorjahr zeigt den stetigen Erfolg der durchgeführten Schulungsmaßnahmen auf der Notaufnahmestation, hier wird nun die Atemfrequenz nahezu durchgehend dokumentiert.

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
NK-01 ID 2006	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)** Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde nicht aus anderem Krankenhaus aufgenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
135 / 136	**99,26 %**	95,95 – 99,87	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,50 %	98,45 – 98,54 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
NK-02 ID 2007	**Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)** Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (Patientin/Patient wurde aus anderem Krankenhaus aufgenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 16	**100,00 %**	80,64 – 100,00	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,63 %	96,25 – 96,97 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen.

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 / 4	**0,00 %**	0,00 – 48,99	<= 5,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	3,03 %	1,30 – 6,90 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02a	**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
6 / 6	**100,00 %**	60,97 – 100,00	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,16 %	91,06 – 97,43 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02b ID 51524	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	**100,00 %**	60,97 – 100,00	>= 90,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	93,16 %	88,65 – 95,96 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03a	**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
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	90,38 %	85,62 – 93,69 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03b ID 51544	**2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00	>= 80,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	87,85 %	82,79 – 91,57 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04a	**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
5 / 7	**71,43 %**	35,89 – 91,78	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	89,66 %	85,07 – 92,95 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04b ID 51545	**3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)** Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob die Empfängerin / der Empfänger lebt, wird ihr/sein Tod angenommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 7	**71,43 %**	35,89 – 91,78	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	88,89 %	84,22 – 92,30 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Alle Fälle wurden bereits im Strukturierten Dialog des Vorjahres evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**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
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00	>= 75,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	83,65 %	77,12 – 88,59 %		

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 die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 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
6 / 6	**100,00 %**	60,97 – 100,00	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	86,36 %	80,51 – 90,66 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

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
4 / 4	**100,00 %**	51,01 – 100,00	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	81,48 %	75,34 – 86,37 %		

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

Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 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
5 / 5	**100,00 %**	56,55 – 100,00	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	77,51 %	71,38 – 82,65 %		

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
Diese Kennzahl ist kein Qualitätsindikator, da kein Referenzbereich definiert ist. Sie wird aus technischen Gründen im Jahr 2017 dennoch als Indikator dargestellt und ausgewertet. Aufgrund des nicht definierten Referenzbereichs wurde kein Strukturierter Dialog und somit keine Bewertung der Einrichtungen vorgenommen. Zu beachten ist, dass dieses Kennzahlergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Entfernung des Pankreastransplantats**
ID 2146	Entfernung der transplantierten Bauchspeicheldrüse

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	**0,00 %**	0,00 – 48,99	<= 20,00 % (Toleranzbereich)	➔ unverändert
Bundesergebnis	14,02 %	9,53 – 20,17 %		

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	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

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

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Juni 2018 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 21. Juni 2018 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 weiter-entwickelt.

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

Leistungsbereich	Mindestmenge (im Berichtsjahr 2017)	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2017)
Knie-TEP	50	67
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	175
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	83
Koronarchirurgische Eingriffe	–	(*)
Lebertransplantation	20	26
Nierentransplantation	25	54
Stammzelltransplantation	25	234
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	109

(*) = 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 Reifgeborenen – 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 2017 109 Kinder). Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1000 g. Die Nachsorge erfolgt über das Sozialpädiatrische Zentrum.
	Weiterführende standortbezogene Informationen unter: **www.perinatalzentren.org**
	Der ‚klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 01.01.2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die Personalausstattung in der Pflege (Pflegeschlüssel), die zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g notwendig sind, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.
	Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt. — ja
	(QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)
	Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil. — ja
	Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen. — nein
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.

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
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.
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.

Zusätzliche Angabe

(außerhalb der vom G-BA vorgeschriebenen Auswahlliste)

Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Die Klinik III für Innere Medizin, Klinik für allgemeine und interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin ist personell, technisch und räumlich sicher aufgestellt. Ein multiprofessionelles Team aus Herzchirurgen 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.

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]	725
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	441
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben [2]	331

[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 Beschäftigten Anspruch und Vision der Uniklinik und der Fakultät und definieren erreichbare Ziele zur Umsetzung der Strategien.

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

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

D-2 Qualitätsziele

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. Seit 2017 hat der neue Bachelorstudiengang Klinische Pflege mit integrierter Ausbildung die ersten Studenten aufgenommen. Damit ist es einer ersten Pflegewissenschaftlichen Studiengänge einer Medizinischen Fakultät.

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 Interdisziplinäre 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 blieb im Jahre 2017 gleichbleibend hoch bei 713 Meldungen. Besonders beachtlich ist die hohe Quote von über 80 % 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 zuständig. 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 2017 zu über 13.000 einzelnen Themen geäußert. Nur 593 Rückmeldungen waren anonym.
- **Patientenbefragungen** gehören neben dem Beschwerdemanagement zu einer sehr wichtigen Informationsquelle zu der Frage, wie die Uniklinik wahrgenommen wird. Während das Beschwerdemanagement sich auf den einzelnen Fall fokussiert, lassen sich aus den Patientenbefragungen auch statistische Auswertungen ableiten.
  Die Uniklinik befragt alle geraden Jahre 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. In 2017 wurde keine eigene Befragung durchgeführt, sondern die Befragungen der Krankenkassen wie AOK und Techniker 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 zusammen mit Ärzten und Pflegenden der Klinik Maßnahmen zu Risikominderung entwickelt. Dieses Vorgehen wurde in 2012 etabliert. In 2017 wurden 7 Kliniken und Institute begangen. Das Verfahren wurde

weiter angepasst: Ein halbes Jahr nach dem Audit wird eine Nachbegehung durchgeführt, um den Stand der internen Maßnahmen zu überprüfen.

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 477 im Jahre 2017 auf hohem Niveau.
- 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. In 2017 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 9000:2015.

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 erfolgreich reauditiert.

Zertifizierungen

Kliniken und Zentren

Kliniken und Zentren	Zertifikate
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH
Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose sowie CF-Studienzentrum in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV Rheinland Cert GmbH
Exzellenzzentrum für die Chirurgie des Magens und der Speiseröhre in der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie	Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt – CAOGI DGAV GmbH
Referenzzentrum für die Endoskopie in der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie	Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft Endoskopie und Sonographie – CAES DGAV GmbH
Überregionale Stroke Unit in der Klinik und Poliklinik für Neurologie	Kriterien für eine Überregionale Stroke Unit nach der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe – SDSH und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft – DSG LGA InterCert GmbH
KMT– Stammzelltransplantation in der Klinik I für Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie, Internistische Intensivmedizin in the areas: Autologous Allogeneic Transplantation in Adult Patients / Collection of HPC, Marrow / Collection of HPC, Apheresis / Cell Processing – minimally manipulated	Accreditation in the FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT (JACIE)
Hypertonie-Zentrum DHL in der Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	Qualitätsstandard der Deutschen Hochdruckliga e. V. –DHL Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention „Hypertonie-Zentrum DHL“
Universitäre Nephrologische Schwerpunktklinik In der Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie ClarCert GmbH
Chest Pain Unit – CPU (Brustschmerz) in der Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. – DGK Gutachterkommission im Auftrag der DGK
Überregionales EMAH-Zentrum (Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern) in der Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. – DGK, der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie e. V. – DGPK und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e. V. – DGTHG Gutachterkommission im Auftrag der DGK

Kliniken und Zentren	Zertifikate
TAVI-Zentrum (Transkatheter-Aortenklappen-Implantation) in der Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Qualitätskriterien zur Durchführung der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauf-forschung e. V. – DGK und des Beschlusses über eine Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen des Gemeinsamen Bundesausschusses – G-BA Gutachterkommission im Auftrag der DGK
Spezielle Rhythmologie in den Bereichen der Invasiven Elekrophysiologie und Aktiven Herzrhythmusimplantate Abteilung für Elektrophysiologie in der Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Zusatzqualifikation nach dem Curriculum Spezielle Rhythmologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. –DGK Gremium Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie der DGK
Hypertonie-Zentrum DHL in der Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Qualitätsstandard der Deutschen Hochdruckliga e. V. – DHL Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention „Hypertonie-Zentrum DHL“
Onkologisches Zentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln Organkrebszentren + Hauptkernleister: Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Palliativmedizin, Psychoonkologie	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Onkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Brustkrebszentrum Köln/Frechen	Anforderungen des Landes NRW für Brustzentren ÄKzert der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster
Gynäkologisches Krebszentrum und Brustkrebszentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren und Brustkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Gynäkologische Dysplasie-Einheit im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den von der AG-CPC, DGGG, AGO und DKG definierten Anforderungen an Gynäkologische Dysplasie-Einheiten OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Hautkrebszentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Hautkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kinderonkologisches Zentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kinderonkologie OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kopf-Hals-Tumorzentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kopf-Hals-Tumorzentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Lungenkrebszentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Lungenkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Kliniken und Zentren	Zertifikate
Neuroonkologisches Tumorzentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Neuroonkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Prostatakrebszentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Prostatakrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Viszeralonkologisches Zentrum im CIO Aachen Bonn Köln Düsseldorf, Standort Köln • Darmkrebszentrum (T) • Leberkrebszentrum • Magenkrebszentrum • Pankreaskarzinomzentrum	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Viszeralonkologische Zentren sowie an Darmzentren (T), Leberkrebszentren, Magenkrebszentren und Pankreaskarzinomzentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Vorgaben der Initiative Endo Cert im Bereich der endoprothetischen Versorgung ClarCert GmbH
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs für Klinische Beratung und Betreuung	QM-System nach DIN EN ISO 9001 ÄKzert der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik: Molekulare Humangenetik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrum für Neurochirurgie Excellence for Training in Neurosurgery	European Standards of Excellence for Training in Neurosurgery by Union Européenne des Médecins Spécialistes – UEMS and European Association of Neurosurgical Socities – EANS Joint Residency and Advisory Accreditation Committee
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
Wundzentrum Dermatologie/Gefäßchirurgie in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie und der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie	Anforderungen der Initiative Chronische Wunden – ICW e. V. und medizinischer Fachgesellschaften QM-Geschäftsstelle – Wundsiegel der mamedicon GmbH im Auftrag der ICW e. V.
Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Medizinischen Fakultät	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH

Institute und Laboratorien

Institute und Laboratorien	Zertifikate
Institut für Humangenetik für Molekulargenetische Diagnostik sowie für Humangenetische Beratung, Probengewinnung, Molekulargenetische Gutachten und Beratungsbriefe	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH
Institut für Klinische Chemie für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 und nach DIN EN ISO 22870 (Point of care testing) DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene für Medizinische Mikrobiologie, Umweltanalytik und Krankenhaushygiene	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189:2014 und und nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 Deutsche Gesellschaft für Akkreditierung mbH
Institut für Pathologie Kompetenz als Inspektionsstelle Typ C	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH

Institute und Laboratorien	Zertifikate
DRG-Schwerpunktzentrum für Kardiovaskuläre Bildgebung im Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	Qualitätskriterien der Deutschen Röntgengesellschaft e. V. – DRG und der Arbeitsgemeinschaft Herz- und Gefäßdiagnostik in der DRG AG Herz- und Gefäßdiagnostik der DRG
Institut für Rechtsmedizin für Forensische Medizin, Toxikologie und Molekulargenetik	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Institut für Rechtsmedizin für Inspektionen im Bereich Forensik	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Institut für Virologie für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Labor für molekulare Hämatologie und Onkologie für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin für Forensik	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025 DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin for Histocompatibility Testing	Accreditation to the EFI Standards European Federation for Immunogenetics – EFI

Zentrale Dienste und Tochtergesellschaften

Zentrale Dienste und Tochtergesellschaften	Zertifikate
Sozialdienst für psychosoziale Beratung und Entlassmanagement	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH
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	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH
medfacilities GmbH für Entwicklung und Bau, Standort Köln sowie für Bau, Standort Bergisch Gladbach	QM-System nach DIN EN ISO 9001 infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH
MedUniServ GmbH für logistische Dienstleistungen (Materialversorgung, Textilwirtschaft und Projektmanagement)	QM-System nach DIN EN ISO 9001 infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH
SteriServ GmbH für die zentrale Aufbereitung von Medizinprodukten (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Kommissionierung)	QM-System nach DIN EN ISO 9001 und DIN EN ISO 13485 Zertifizierungsstelle der Swiss TS Technical Services AG
UniReha GmbH für das Rehabilitationskonzept für Kinder & Jugendliche „Auf die Beine“ und für die ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation	QM-System nach DIN EN ISO 9001 DIOCert GmbH, Zertifizierungsgesellschaft für das Gesundheitswesen
UKR Universitätsklinikum Köln Reinigungs GmbH für Dienstleistungen und kundenspezifische Lösungen im Bereich der Gebäudereinigung	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV Rheinland Cert GmbH

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 intern 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)	DKG-Erhebungsbogen
Klinik und Poliklinik für Dermatologie einschließlich Hauttumorzentrum	DKG-Erhebungsbogen
Klinik und Poliklinik für Urologie einschließlich Prostatakrebszentrum (Transit)	DKG-Erhebungsbogen
Brustzentrum Köln/Frechen – Standort Köln sowie Gynäkologisches Krebszentrum der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	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	DKG-Erhebungsbögen
Lungenkrebszentrum	DKG-Erhebungsbögen
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
Bereich der Pädiatrischen Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	DIN EN ISO 9001:2015

Auditierter Bereich	Regelwerke
Rehabilitationskonzept „Auf die Beine“ für Kinder sowie Ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation der UniReha GmbH	DIN EN ISO 9001:2015

Benchmarking

Das Brustzentrum der Klinik für Frauenheilkunde hat sich auch 2017 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

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

Der Datensatz nach § 21 KHEntgG enthält Daten zu allen stationären Fällen. Er wird vom 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 für diesen Bericht 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 der Katalogwerke und der Kodierrichtlinien 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
05.12.2018

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

Mitarbeit
Anahieta Parvaresch, B. Sc. (Zentralbereich Medizinische Synergien)
Nora Kobertz, B. Sc. (Zentralbereich Medizinische Synergien)

Datensatz gemäß § 21 KHEntgG
Ines Dohle (Stabsabteilung Controlling)

Datenauswertung für den ambulanten Bereich
Roman Voskoboynik (Stabsabteilung Controlling)

Angaben zu Personalzahlen und -qualifikationen
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 – 2017 (PDF)
www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte