



**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 2018

2018



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Uniklinik Köln und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht 2018. 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmern sich mit neuesten Behandlungsmethoden und unter Einsatz modernster Technik pro Jahr um mehr als 59.000 stationäre Fälle und über 359.000 ambulante Kontakte von Patientinnen und Patienten mit teils seltenen und schwierigen Krankheitsbildern.

Immer mehr Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 2019



Univ.-Prof. Dr. med.
Edgar Schömig

Ärztlicher Direktor

Univ.-Prof. Dr. med.
Peer Eysel

**Stellvertretender
Ärztlicher Direktor**

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

Dekan

Damian Grüttner

**Kaufmännischer
Direktor**

Kai-Uwe Buschina

**Kommissarischer
Pflegedirektor**



Inhaltsverzeichnis

Liebe Leserinnen, liebe Leser,	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Hinweis zur Sortierung in Tabellen.....	5
Hinweis zu Fallzahlen < 4	5
Hinweis zur genderneutralen Formulierung.....	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.....	8
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	12
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	14
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	16
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	19
A-10 Gesamtfallzahlen.....	19
A-11 Personal des Krankenhauses.....	20
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	28
A-13 Besondere apparative Ausstattung	41
B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen.....	43
B-1 Klinik I für Innere Medizin - Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin .	44
B-2 Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	57
B-3 Klinik III für Innere Medizin - Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin.....	67
B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie.....	76
B-5 Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin.....	86
B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin.....	90
B-7 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie.....	101
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie	108



B-9	Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie	122
B-10	Zentrum für Neurochirurgie	130
B-11	Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie.....	142
B-12	Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie	151
B-13	Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie.....	159
B-14	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	170
B-15	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	179
B-16	Zentrum für Augenheilkunde - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde.....	189
B-17	Klinik und Poliklinik für Neurologie	199
B-18	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	210
B-19	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.....	219
B-20	Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie	229
B-21	Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	237
B-22	Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie....	246
B-23	Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie	254
B-24	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie	266
B-25	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin.....	278
B-26	Zentrum für Palliativmedizin	286
B-27	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	294
B-28	Transfusionsmedizin.....	302
B-29	Zentrum für Pharmakologie	308
B-30	Institut für Klinische Chemie	312
B-31	Institut für Pathologie	316
B-32	Institut für Neuropathologie	319
B-33	Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene.....	322
B-34	Institut für Virologie.....	327
B-35	Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	333
C	Qualitätssicherung	337
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	338
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	570



C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	570
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	570
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	571
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V	575
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	577
D	Qualitätsmanagement	578
	Hinweise zur Datengrundlage	595
	Impressum.....	597

Hinweis zur Sortierung in Tabellen

Die Listeneinträge in den Tabellen der Kapitel

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

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

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

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

Hinweis zu Fallzahlen < 4

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

Hinweis zur genderneutralen Formulierung

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

Die vom G-BA vorgegebenen Schlüsselbezeichner, z. B. zu Medizinischen Leistungsangeboten, sind bereits vom G-BA genderneutral formuliert und wurden nicht verändert.



**UNIKLINIK
KÖLN**

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses



A-1

Allgemeine Kontaktdaten

Name	Universitätsklinikum Köln
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	www.uk-koeln.de
Telefon	0221 / 478 – 0
Telefax	0221 / 478 – 4095
E-Mail	info@uk-koeln.de
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	Kai-Uwe Buschina
Position	Kommissarischer Pflegedirektor (Vorstand)
Telefon	0221 / 478 – 4938
E-Mail	pflegedirektion@uk-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name	Damian Grüttner
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



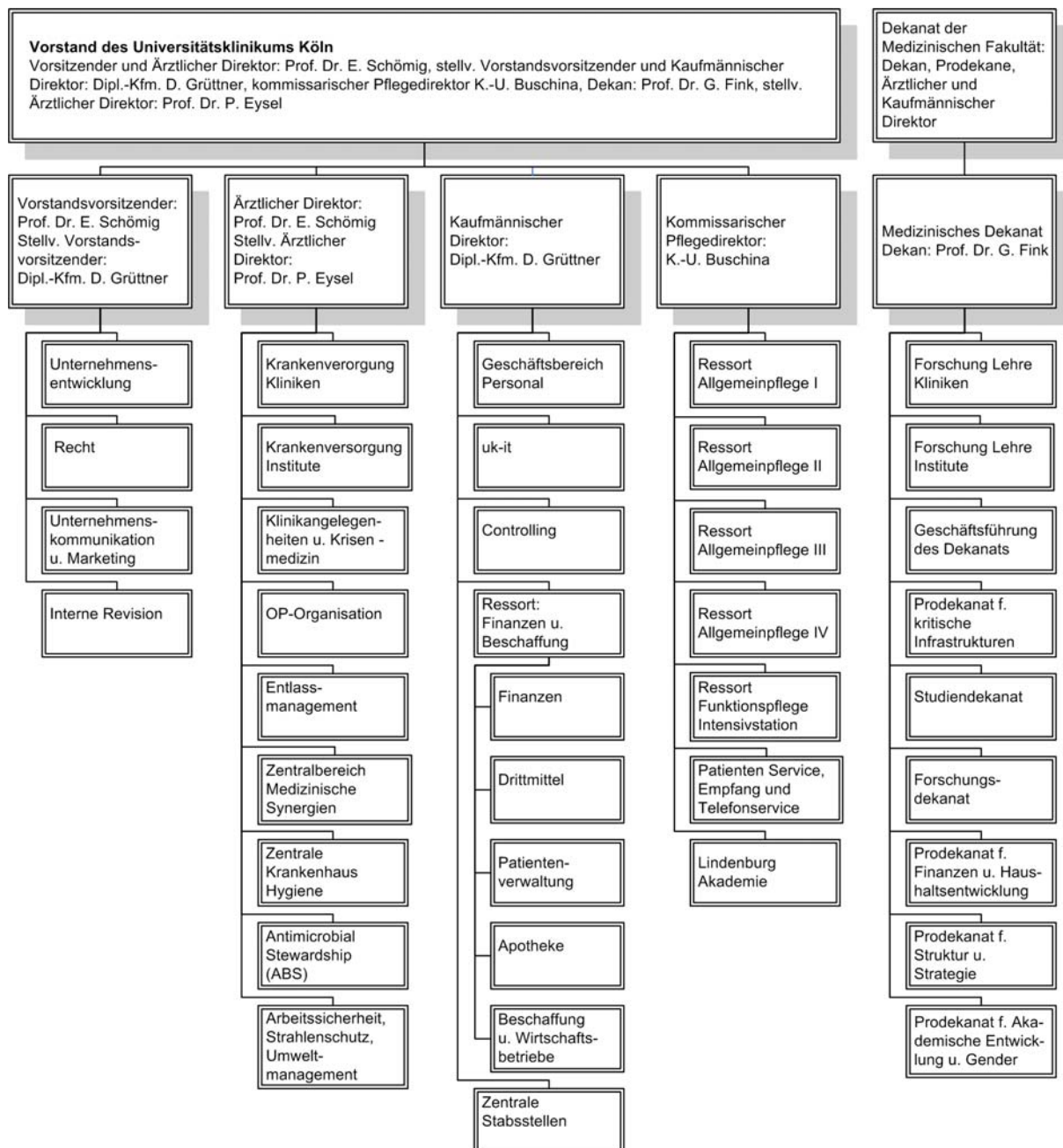
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

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 Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung
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, rückergehtes 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/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 (Kryotherapie)



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 Therapie- und Versorgungskonzepts für Pat. mit chronischen Wunden und Stoma, Durchführung, Dokumentation, Wund-/Stomaanamnese u. -assessment, Evaluation Therapiekonzepte, intra- und interprofessionelle Beratung, Patienten- und Angehörigenedukation in therap. 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 Mobilfunknummern, 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 Mobilfunknummern, 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 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, Lindener Allee 38, 50931 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 und -patientinnen gibt es ein spezielles Menüangebot.
NM40	Empfangs- und Begleitservice 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
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
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
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.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni- / multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale / Lehrbücher
FL09	Doktorandenbetreuung In 2018 promovierten 260 Doktoranden zum Dr. med., Dr. med. dent. und Dr. rer. medic.

Forschungsschwerpunkte

Die Universität zu Köln hat den Bereich „Lebenswissenschaften“ als einen 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 Förderung von CECAD (Kölner Exzellenzcluster zur zellulären Stressantwort bei Alters-assoziierten Erkrankungen) im Rahmen der Exzellenzinitiative sowie die Ansiedlung der Max-Planck-Institut für Biologie des Alterns bzw. Stoffwechselforschung.

Die Medizinische Fakultät hat drei Forschungsschwerpunkte (FS) und einen die Forschungsschwerpunkte überschreitenden Querschnittsbereich (QB) Health & Health Services. Grundsätzlich soll in allen Forschungsschwerpunkten die patientennahe Forschung (v. a. klinische Studien) mit dem Ziel der Translation weiter ausgebaut werden. Es ist beabsichtigt, hierzu auch die chirurgischen Disziplinen stärker einzubinden. Die drei etablierten Forschungsschwerpunkte der Fakultät „Tumorbilogie, Infektion und Immunität“, „Homöostatische Prinzipien im Stoffwechsel und in der Geweberegeneration“ und „Neuromodulation“ weisen alle Gruppenförderinstrumente (SFBs, (klinische) Forschungsgruppen etc.) der DFG auf. 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.

Der Querschnittsbereich „Health & Health Services“ wurde universitätsweit etabliert. Neben medizinisch-naturwissenschaftlichen Fragestellungen, sollen in Gesundheitsangelegenheiten auch grundlegende ethische, rechtliche, ökonomische, human- und sozialwissenschaftliche Fragen berücksichtigt werden.



An diesem übergreifenden Querschnittsbereich sind daher auch WissenschaftlerInnen und ForscherInnen aus der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät, der Juristischen Fakultät, der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät sowie der Humanwissenschaftlichen Fakultät beteiligt.

Die Verbindungen mit den außeruniversitären Forschungseinrichtungen der Max-Planck-Gesellschaft (MPI für Biologie des Alterns, MPI für Stoffwechselforschung) und der Helmholtz-Gemeinschaft (Deutsches Diabetes Zentrum (DZD), Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Deutsches Zentrum für Infektionsforschung (DZIF), Forschungszentrum Jülich (FZJ), Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (DLR Köln)) werden systematisch durch gemeinsame Berufungen und Arbeitsgruppen vorangetrieben.

Akademische Ausbildung

Seit dem WS 2003/2004 studieren die auszubildenden zukünftigen Ärztinnen und Ärzte 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 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 bereits im Vorgriff auf die neue zahnärztliche Approbationsordnung etabliert wurden.

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

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.

Darüber hinaus werden Studierende gemeinsam mit der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät in den beiden Bachelor- und Masterstudiengängen „Gesundheitsökonomie“ für den Einsatz im Gesundheitswesen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Betriebswirtschaft 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.

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.

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.



A-8.2

Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Kinderkrankpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankpflegerin Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, 175 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 Kinderkrankpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, 175 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
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
HB12	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (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
HB14	Orthoptisten und Orthoptistinnen Orthoptik, Pleoptik, Augenbewegungsstörungen, Neuroophthalmologie, Krankheits- u. Arzneimittellehre, Optik u. Brillenlehre, prakt. Ausbildung in Untersuchung und Behandlungsmethoden, 6 Ausbildungsplätze pro Kurs alle 1,5 Jahre (Start 01.09.2020, 01.03.2022) 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

(nicht in der Auswahlliste des G-BA enthalten)



A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl	1.455
– davon Betten in Tageskliniken	40

Stichtag: 31.12.2018

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	59.156
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	2.655
Ambulante Fälle (Kontakte)	356.990

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein/e Patient/in 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			852,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	851,79	
	- indirekt	1,13	
Versorgungsbereich	- stationär	687,05	
	- ambulant	165,87	
- davon Fachärztinnen/-ärzte			447,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	446,37	
	- indirekt	1,13	
Versorgungsbereich	- stationär	354,27	
	- ambulant	93,23	
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			17,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,08	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	12,61	
	- ambulant	4,47	
- davon Fachärztinnen/-ärzte			9,44
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,44	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	7,10	
	- ambulant	2,34	

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		1.483,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1.462,75	
	- indirekt	20,30	
Versorgungsbereich	- stationär	1.379,12	
	- ambulant	103,93	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /-innen	2 Jahre		236,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	236,29	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	224,48	
	- ambulant	11,81	
Altenpfleger/-innen	3 Jahre		3,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,25	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	3,25	
	- ambulant	–	
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		42,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	42,06	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	33,32	
	- ambulant	8,74	
Hebammen/Entbindungspfleger	3 Jahre		17,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,84	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	17,84	
	- ambulant	–	
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		57,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	47,49	
	- indirekt	10,30	
Versorgungsbereich	- stationär	56,56	
	- ambulant	1,23	
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		145,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	145,85	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	90,32	
	- ambulant	55,53	

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 Speiseversorgung, 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		105,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	105,74	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	67,88	
	- ambulant	37,86	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		7,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,36	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	7,36	
	- ambulant	–	
Pflegeassistenten/-assistentinnen	3 Jahre		3,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,48	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	3,48	
	- ambulant	–	
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		41,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	41,29	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	32,42	
	- ambulant	8,87	

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		9,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 9,64 - indirekt –	
Versorgungsbereich	- stationär 5,26 - ambulant 4,38	
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin		5,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,74 - indirekt –	
Versorgungsbereich	- stationär 3,23 - ambulant 2,51	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin		5,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,19 - indirekt –	
Versorgungsbereich	- stationär 3,40 - ambulant 1,79	
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)		26,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 26,03 - indirekt –	
Versorgungsbereich	- stationär 19,55 - ambulant 6,48	
Ergotherapeut und Ergotherapeutin		6,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,20 - indirekt 5,27	
Versorgungsbereich	- stationär 5,74 - ambulant 0,73	
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten		4,66
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 4,66 - indirekt –	
Versorgungsbereich	- stationär 4,66 - ambulant –	
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge und Sozialpädagogin		7,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 7,91 - indirekt –	
Versorgungsbereich	- stationär 5,38 - ambulant 2,53	

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		4,25
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 4,25 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 2,24 - ambulant 2,01	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin		16,40
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 16,40 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 10,32 - ambulant 6,08	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin		17,60
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 4,77 - indirekt 12,83	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,37 - ambulant 1,23	
SP06	Erzieher und Erzieherin		38,86
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 38,86 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 37,41 - ambulant 1,45	
SP09	Heilpädagoge und Heilpädagogin		5,67
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,67 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 4,07 - ambulant 1,60	
SP30	Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin		0,75
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,75 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,75 - ambulant –	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin		5,19
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,19 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 3,40 - ambulant 1,79	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin		1,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,00 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,85 - ambulant 0,15	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin		18,49
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 8,81 - indirekt 9,68	
	Versorgungsbereich	- stationär 15,42 - ambulant 3,07	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin		9,58
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,32 - indirekt 4,26	
	Versorgungsbereich	- stationär 8,96 - ambulant 0,62	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)		21,06
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 21,06 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 14,85 - ambulant 6,21	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)		169,34
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 169,34 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 123,31 - ambulant 46,03	
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)		86,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 86,00 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 52,60 - ambulant 33,40	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin		0,79
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,79 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,69 - ambulant 0,10	
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)		4,29
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 4,29 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 4,05 - ambulant 0,24	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)		1,99
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,99 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,25 - ambulant 0,74	
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädienschuhmacher und Orthopädienschuhmacherin		2,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 2,00 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,81 - ambulant 0,19	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin		10,68
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 10,68 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,67 - ambulant 10,01	
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin		0,99
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,99 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,99 - ambulant –	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement		8,89
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 8,89 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 8,44 - ambulant 0,45	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie		16,10
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,78 - indirekt 14,32	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,10 - ambulant –	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta		13,81
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 2,13 - indirekt 11,68	
	Versorgungsbereich	- stationär 11,74 - ambulant 2,07	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin		57,52
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 7,24 - indirekt 50,28	
	Versorgungsbereich	- stationär 55,32 - ambulant 2,20	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin		9,93
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 9,93 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 6,33 - ambulant 3,60	
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)		26,03
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 26,03 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 19,55 - ambulant 6,48	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin		19,55
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 19,55 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,40 - ambulant 3,15	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin		8,40
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 8,40 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 6,21 - ambulant 2,19	

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, externe Qualitätssicherung nach SGB V, Beschwerdemanagement, Ideenwettbewerb, Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS), Beratungen zu Qualitätsmanagement, Prüfung der G-BA-Strukturanforderungen

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: Risikoaudits, Risikomanagement, Beschwerdemanagement, 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
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
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 Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1

Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 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 669 CIRS Meldungen in 2018, 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 (Ärztetkammern 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 händehygienischer 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.



Antimicrobial Stewardship (ABS)

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 und Mitarbeiterinnen 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. Die Leitung des ABS-Teams wurde der Stabsstelle Antimicrobial Stewardship (ABS) übertragen, die dem Ärztlichen Direktor zugeordnet ist.

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 hygienebeauftragte Ärztinnen	36
Jede Abteilung verfügt über mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin.	
Hygienefachkräfte	10
Fachgesundheits- und Krankenpfleger/-innen bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen für Hygiene und Infektionsprävention – „Hygienefachkräfte“ (HFK) Zusätzlich sind in der Abteilung noch eine Krankenschwester ohne Fachweiterbildung, ein Ingenieur (technische Hygiene und Baumaßnahmen) und eine Lebensmittelchemikerin (Lebensmittel- und Küchenhygiene) tätig. Eine „Hygienefachkraft“ befindet sich in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	121
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.

Zusätzliches Personal in der Zentralen Krankenhaushygiene:

- Lebensmittelchemikerin für die Lebensmittel- und Küchenhygiene
- Ingenieur für Versorgungstechnik für die Bauhygiene

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

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
- Kopfhaut	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 Venen-verweilkathetern liegt vor.	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor.	ja
1. Der Standard thematisiert insbesondere:	
a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	ja
c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	ja
2. Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
3. Die standardisierte Antibiotikaphylaxe 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	156,00 ml/ Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	57,10 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 Besiedlung 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 OP-KISS = 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. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für Stellungnahmen und Informationen sind die jeweiligen Führungskräfte oder Mitarbeiterinnen und 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Zwischenbescheid, Korrekturmaßnahmen, Antwort an den Beschwerdeführer, 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 Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter 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 eine Ansprechpartnerin 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 Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt Die unabhängige Patientenführsprecherin 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 Krankbett erfragt. Die Patientenführsprecherin berichtet einmal jährlich dem Vorstand in einer besonderen Sitzung. Maria Schidlowski Unabhängige Patientenführsprecherin 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 Patientinnen und 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 Aachen Bonn Köln Düsseldorf in der Uniklinik 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 im CIO Köln findet in 2020 statt.



A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

(Hinweistext des G-BA)

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl Mitarbeiter
Apothekerinnen und Apotheker	18
Weiteres pharmazeutisches Personal	29
Fachapotheker für Klinische Pharmazie, geriatrische Pharmazie, Arzneimittelinformation und onkologische Pharmazie, ABS-Experten, Clinical Pharmacy (UK und USA), Fach-PTA Krankenhaus, Fach-PTA für onkologische Pharmazie, B. Sc. Medizinökonomie	

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

(Hinweistext des G-BA)



Allgemeines

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder

Aufnahme ins Krankenhaus

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

Medikationsprozess im Krankenhaus

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen - Gebrauchsfertige Arzneimittel bzw. Zubereitungen werden z.T. eingekauft und z.T. durch die Apotheke hergestellt. - Schulung durch die Apotheke
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona, Rpdoc, AIDKlinik, ID Medics bzw. ID Diacos Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System) - Zytostatika Cato, Rezeptdruck Agfa Orbis mit PharmIndex Plus, Modulschrankversorgung mit Bestellung per Scanner
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln

Entlassung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Bereitstellung von BtM-Mitgabe aus der Krankenhausapotheke



A-13

Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA01	Angiographiegerät/DSA Biplaner Herzkathetermessplatz mit Angiographiegerät	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja
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) 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	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) Amplituden-integriertes EEG	Hirnstrommessung	ja
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten 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	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung 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-Steinerstörung	-
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) MRT-gesteuerte HIFU-Interventions-Ausstattung	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
AA23	Mammographiegerät Röntgenstereotaktisches Mamma-Interventions-Anlage	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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.



**UNIKLINIK
KÖLN**

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen



B-1 **Klinik I für Innere Medizin** **- Onkologie, Hämatologie, Klinische 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, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	innere1.uk-koeln.de cio-koeln-bonn.de CIO – Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf
§-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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Kurzportrait

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

Im Vordergrund steht die patientenorientierte und von Menschlichkeit geprägte Behandlung der Erkrankungen in den obigen Schwerpunkten und in der Inneren Medizin insgesamt. 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 u. Sepsis. Diese Kompetenz ist für zahlreiche Patientinnen u. Patienten mit onkologischen, hämatologischen, infektiologischen u. immunologischen Erkrankungen, auch im Rahmen intensivmedizinischer Behandlungen, von Bedeutung.
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 eine fachübergreifende Fachgruppe Pat. mit Tumorerkrankungen nach dem aktuellsten Stand d. Forschung, besonderes Anliegen ist d. umfassende Betreuung während d. gesamten Behandlungsablaufs mit Pat.-Begleitern u. Begleiterinnen
VI00	CLL-Sprechstunde Spezialsprechstunde für Patientinnen u. 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) Die Diagnostik und Therapie abwehrgeschwächter Patienten und Patientinnen ist ein Schwerpunkt in unserer Klinik. Im Vordergrund stehen vor allem Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Infektion, mit Abwehrschwäche oder Tumorerkrankungen.
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen Diagnostik und Therapie von Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis und Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen und Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltäg. Betreuung, Beratung bei operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) für 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, Tuberkulose, Tropenkrankheiten sowie Behandlung von HIV-Patient/innen, infektiologisches Monitoring immunsupprimierter Patient/innen, intensive Zusammenarbeit mit 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 und Therapie von Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis und Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen und Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika
VI00	Gerinnungsambulanz Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltäg. Betreuung, Beratung bei operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) für 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 Intermediate Care Station und Intensivstation behandeln intern. Grunderkrankungen in kritischer, teils lebensbedrohlicher Situation. Der Schwerpunkt liegt in der Sicherung von Kreislauf und Atmung. Die Leitung obliegt intensivmedizinisch fachweitergebildetem ärztlichem und pflegerischem Personal.
VI00	Klinisches Studienzentrum Einsatz der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die optimale Patientinnen- und Patientenversorgung, kontrollierte Therapiestudien zur Weiterentwicklung in der Hämatologie/Onkologie, zusätzliche Betreuung durch Studienspezialistinnen und -spezialisten
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)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI00	Psychoonkologie Krebspatient/innen u. ihren Angehörigen steht im Haus LebensWert ein breit gefächertes psychoonkologisches Angebot zur Verfügung. Ein Team aus Psychotherapeut/innen, Bewegungs-, Kunst-, Musiktherapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen hilft sich mit den entstehenden Ängsten u. Sorgen auseinanderzusetzen
VI27	Spezialsprechstunde CLL-Sprechstunde, T-PU-/T-LGL-/T-Zell-Lymphom-Sprechstunde, Sprechstunde Gastrointestinale Tumore, Sprechstunde Lungenkrebs, Sprechstunde Hämoglobinopathien, Hodgkin-Lymphom-Sprechstunde, Leukämie- und MDS-Sprechstunde, Sprechstunde Neuroendokrine Tumoren, Non-Hodgkin-Lymphom-Sprechstunde
VI00	Sportonkologie Prof. Sporttherapie während des stat. Aufenthalts unter Aufsicht einer Sportwissenschaftlerin o. eines Sportwissenschaftlers, durch körperliche Aktivität soll die Lebensqualität gesteigert u. die Erholungsphase nach Therapien verkürzt werden, entwickelt in Koop. mit d. Deutschen Sporthochschule Köln
VI45	Stammzelltransplantation Autologe Stammzelltransplantation: Pat. werden eigene, kryokonservierte Stammzellen transplantiert. Allogene Stammzell- u. Knochenmarktransplantation: Pat. werden nach Chemotherapie Stammzellen einer/s gesunden (bevorzugt verwandten) Spenderin/Spenders transplantiert. Eigenes Stammzell-Labor.

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	3.051
Teilstationäre Fallzahl	448
Anzahl Betten	132

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein/e Patient/in 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	474
2	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	217
3	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	188
4	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	179
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	176
6	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	140



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	82
8	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	60
9	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht - Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	55
10	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	53
13	C15	Speiseröhrenkrebs	51
12	D57	Sichelzellenkrankheit	51
13	Z52	Spender von Organen oder Geweben	45
14	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	42
15	C16	Magenkrebs	39
16	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	33
17	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	31
18	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	30
19	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	30
20	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	30
21	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	29
22	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	26
23	C40	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel der Gliedmaßen	25
24	D46	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung - Myelodysplastisches Syndrom	24
25	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	23
26	B50	Tropische Malaria, ausgelöst durch Plasmodium falciparum	21
27	N17	Akutes Nierenversagen	21
28	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	20
29	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	20
30	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	18

B-1.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	1.113
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	989
3	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	938
4	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	883



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	703
6	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	659
7	8-824	Bestrahlung des Blutes mit UV-Licht zur Behandlung bestimmter Tumoren - Photopherese	595
8	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	542
9	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	485
10	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	322
11	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	248
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	241
13	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	238
14	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	223
15	8-805	Übertragung (Transfusion) von aus dem Blut eines Spenders gewonnen Blutstammzellen	199
16	5-410	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation	181
17	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	173
18	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	171
19	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	134
20	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	116
21	1-941	Umfassende Untersuchung von Blutkrebs	106
22	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	101
23	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	92
24	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	84
25	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	82
26	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	68
27	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	68
28	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten – HAART	68
29	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	62
30	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	61



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

B-1.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) von onkologischen Erkrankungen

Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus 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 spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 1.1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
Anlage 1.1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

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

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

Seit Juni 2017 wird das ASV Team Tuberkulose u. atypische Mykobakteriose durch Expert/innen der Uniklinik geleitet. Gemeinsam mit weiteren Facharzt/innen werden Patient/innen mit Tuberkulose o. atypischer Mykobakteriose bei Diagn., Behandlung u. Kontrolle von Nebenwirkungen fachübergreifend betreut.

Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

CLL-Sprechstunde

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

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung

Gerinnungsambulanz (Hämostaseologie)

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

Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägliche Betreuung, Beratung bei operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) für Gerinnungs-Notfalldiagnostik

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Hämapherese

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.

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung

Hämatologisch-onkologische Ambulanz

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)

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung

Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI27	Spezialsprechstunde
VI45	Stammzelltransplantation



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Immunologische Ambulanz

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

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

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

Für Patient/innen mit allen Infektionserkrankungen, besonders spezialisiert auf die Behandlung von HIV-infizierten Patient/innen (nach KV-Vereinbarung mit Überweisungsschein möglich), Teilnahme an klinischen Studien, spezialisierte Ernährungsberatung, Sozialberatung durch AIDS-Hilfe Köln u. 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. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

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

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

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

Abgestimmte Behandlung durch erfahrene Onkologinnen und 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
Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle

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
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VN07	Diagnostik und Therapie gutartiger Tumoren des Gehirns
VN06	Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen des Gehirns
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

Nr.	Angebotene Leistung
VI27	Spezialsprechstunde
VI45	Stammzelltransplantation

Transplantationsambulanz

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

Nachsorge für mind. 5 Jahre bei Patient/innen 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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung

Tumorambulanz des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO)

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

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

Erster Anlaufpunkt für Patient/innen mit soliden Tumoren, Expert/innen aller beteiligten Kliniken und Institute der Uniklinik für Beratung und Planung der Therapie, Koordination des gesamten Behandlungsablaufs, zusätzlich Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung (2nd opinion)

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren
Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren
Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren
Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 1.1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
Anlage 1.1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-1.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

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			34,58	88,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	34,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	28,74		
	- ambulant	5,84		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			21,86	139,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,86		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	18,17		
	- ambulant	3,69		

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
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 Tumorthherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-1 Klinik I für Innere Medizin

- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin

B-1.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		163,10	18,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	161,13		
	- indirekt	1,97		
Versorgungsbereich	- stationär	160,63		
	- ambulant	2,47		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		2,81	1.085,77
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,81		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,81		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		1,99	1.533,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,99		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	1,99		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		10,48	291,13
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,48		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,74		
	- ambulant	4,74		

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
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/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 Straße 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 – 30966
Telefax	0221 / 478 – 1439059
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 sowie rheumatologischer Erkrankungen. Das Team unserer Klinik bietet das gesamte Spektrum der modernsten diagnostischen und therapeutischen Verfahren der Nierenheilkunde (Nephrologie), Transplantationsmedizin und Rheumatologie 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

PD Dr. med. Volker Burst

Telefon 0221 / 478 – 86285

volker.burst@uk-koeln.de

Transplantation

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Christine Kurschat

Telefon 0221 / 478 – 4110

christine.kurschat@uk-koeln.de

Stationäre Nephrologie

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Roman-Ulrich Müller

Telefon 0221 / 478 – 86918

roman-ulrich.mueller@uk-koeln.de

Ambulante Nephrologie

Bereichsleitung

Dr. med. Franziska Grundmann

Telefon 0221 / 478 – 84618

franziska.grundmann@uk-koeln.de

Ambulante Rheumatologie

Bereichsleitung

Dr. med. Olaf Schultz

Telefon 0221 / 478 – 97630

olaf.schultz@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
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 Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen und systemisch-entzündlichen Krankheiten sowie erworbenen und angeborenen Immundefekten, neue Therapiemöglichkeiten (Biologika), interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-2 Klinik II für Innere Medizin

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI00	Durchführung aller Dialyse- und Aphereseverfahren Dialyse-Abtlg. (24 Std.) mit 14 Plätzen, sämtl. Dialyse- u. Aphereseverfahren amb. u. stat.: Hämodiafiltration, Hämafiltration, Hämodialyse, Lipidapherese, Plasmapherese, Immunadsorption, Rheopherese, Photopherese, sep. Isolierzimmer für infek. Erkrankungen, amb. Implantation von 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 Nierenerkrankungen
VU15	Dialyse
VU16	Nierentransplantation Vorbereitung u. Nachsorge: Nieren- u. Nierenpankreastransplantation, Blutgruppenungleiche Nierenlebenspende bei Kindern u. Erwachsenen, Transplantation bei immunisierten Patient/innen, Desensibilisierungsprotokolle bei spenderspezifischen Antikörpern oder positivem Crossmatch, Überkreuzlebenspende
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	2.024
Teilstationäre Fallzahl	147
Anzahl Betten	44

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein/e Patient/in 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	132
2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	95
3	N17	Akutes Nierenversagen	78
4	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	71
5	I50	Herzschwäche	70
6	S06	Verletzung des Schädelinneren	56
7	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	55
8	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	51
9	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	49
10	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	48
11	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	42
12	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	39
13	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	37
14	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	36
15	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	34
16	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	33
17	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdeile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	33
18	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	32
19	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	32
20	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift - nekrotisierende Vaskulopathien	31
21	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	23
22	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	22
23	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	20
24	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	19
25	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	17
26	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	17
27	E83	Störung des Mineralstoffwechsels	16
28	I21	Akuter Herzinfarkt	16
29	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	16
30	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	16



B-2.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle - Dialyse	4.531
2	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	3.838
3	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	424
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	309
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	215
6	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	185
7	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	109
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	107
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	67
10	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse	58
11	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	53
12	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	50
13	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	48
14	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	37
15	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	36
16	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	34
17	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	31
18	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	31
19	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	28
20	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	28
21	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z. B. mit einer Naht	26
22	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	26
23	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	25
24	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	17
25	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	16
26	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	15



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	15
28	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	14
29	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	13
30	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z. B. aus Gelenken	8

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-2 Klinik II für Innere Medizin

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

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			23,76	85,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	23,76		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,73		
	- ambulant	4,03		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,75	231,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,75		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,27		
	- ambulant	1,48		

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
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatric
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

Weitere Qualifikation:

- Fachgebundene Genetische Beratung

Diese Qualifikation ist nicht in der Auswahlliste des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) enthalten.

B-2.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		79,37	25,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	79,37 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	78,46 0,91		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		2,03	997,04
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,03 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	– 2,03		
Altenpfleger/-innen	3 Jahre		0,84	2.409,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,84 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,84 –		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		0,81	2.498,77
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,81 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,81 –		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		1,21	1.672,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,21 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,56 0,65		

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 Pflegermanagement und Pflegewissenschaft



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-2 Klinik II für Innere Medizin

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ12	Notfallpflege
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetes
ZP07	Geriatric
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/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 Straße 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

Kathetergestützte Klappentherapie

Kathetergestützte 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	4.542
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	85

B-3.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	800
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	708
3	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	367
4	I21	Akuter Herzinfarkt	348
5	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	265
6	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	254
7	I50	Herzschwäche	242
8	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	231
9	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	211
10	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	113
11	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	79
12	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	74
13	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	65
14	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	56
15	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	55
16	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	47
17	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	38
18	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	34
19	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	31
20	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	29
21	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	26
22	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	24
23	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	20



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-3 Klinik III für Innere Medizin

- Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	I45	Sonstige Störung der Erregungsleitung des Herzens	20
25	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	15
26	Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände als einer Krebskrankheit	15
27	N17	Akutes Nierenversagen	13
28	I40	Akute Herzmuskelentzündung - Myokarditis	12
29	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	11
30	R94	Ungewöhnliches Ergebnis von Funktionsprüfungen, z. B. im EKG	11

B-3.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	2.644
2	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	2.551
3	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2.219
4	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	2.115
5	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.515
6	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	1.212
7	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.177
8	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.017
9	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	955
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	952
11	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	945
12	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	910
13	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU	824
14	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	753
15	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	728
16	3-05g	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	635
17	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	457
18	5-35a	Operation an Herzklappen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	398
19	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping	361



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-3 Klinik III für Innere Medizin

- Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	9-984	Pflegebedürftigkeit	304
21	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	245
22	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel	226
23	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	218
24	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	207
25	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	203
26	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	202
27	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	172
28	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	155
29	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	150
30	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	139

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 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

Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung 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
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 I)	pulmonale Hypertonie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-3 Klinik III für Innere Medizin

- Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Spezialambulanz für Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewbserkrankungen

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

Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung 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 (mit Ablauf 29.06.2018 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 k)	Marfan-Syndrom

Ambulanz

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax

Ambulanz

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

Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

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)	189
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	9
3	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	< 4
4	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken 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			56,55	80,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	56,55		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	51,72		
	- ambulant	4,83		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			21,03	215,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,03		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,24		
	- ambulant	1,79		

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
ZF28	Notfallmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		78,22	58,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		76,81		
	- indirekt		1,41		
Versorgungsbereich	- stationär		67,48		
	- ambulant		10,74		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		0,50	9.084,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,50		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,50		
	- ambulant		–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-3 Klinik III für Innere Medizin

- Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		3,02	1.503,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,02		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,02		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		4,60	987,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,60		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,29		
	- ambulant	0,31		

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ06	Master
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/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 Straße 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 Tumorthherapie

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	1.193
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	24

B-4.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	91
2	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	91
3	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	88
4	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	87
5	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des After	53
6	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	52
7	K80	Gallensteinleiden	45
8	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	44
9	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	36
10	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	33
11	C15	Speiseröhrenkrebs	30
12	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	29
13	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	26
14	K63	Sonstige Krankheit des Darms	24
15	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	24
16	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	20
17	C16	Magenkrebs	19
18	I85	Krampfader der Speiseröhre	15
19	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	15
20	K26	Zwölffingerdarmgeschwür	14
21	N17	Akutes Nierenversagen	14
22	K65	Bauchfellentzündung - Peritonitis	13
23	K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa	12



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	11
25	R74	Ungewöhnliche Enzymwerte im Blut, z. B. erhöhte Leberwerte	11
26	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	10
27	K72	Leberversagen	10
28	K75	Sonstige entzündliche Krankheit der Leber	10
29	K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	9
30	K76	Sonstige Krankheit der Leber	9

B-4.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1.393
2	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	519
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	467
4	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	308
5	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	287
6	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	196
7	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	182
8	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	164
9	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	158
10	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	155
11	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	139
12	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	137
13	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	136
14	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	117
15	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	113
16	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	103
17	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	99
18	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	96
19	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	93



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	9-984	Pflegebedürftigkeit	83
21	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	80
22	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	72
23	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	72
24	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	66
25	1-441	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallenwegen bzw. der Bauchspeicheldrüse mit einer Nadel durch die Haut	64
26	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	63
27	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	62
28	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	53
29	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	47
30	3-053	Ultraschall des Magens mit Zugang über die Speiseröhre	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	1.218
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	199
3	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	105
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	27
5	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	9
6	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	8
7	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	6
8	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	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
11	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 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			17,63	67,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,73		
	- ambulant	7,90		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,05	118,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,05		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,55		
	- ambulant	4,50		

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
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie



B-4.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		25,21	47,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	24,71 0,50		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	15,02 10,19		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		2,07	576,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,07 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,07 -		
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		1,66	718,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,66 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,43 1,23		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		5,42	220,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,42 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,39 4,03		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-5 Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Jens C. Brüning

B-5.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	endokrinologie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie (0106) Nicht bettenführende Fachabteilung
Klinikdirektor	Univ.-Prof. Dr. med. Jens C. Brüning
Telefon	0221 / 478 – 4070
Telefax	0221 / 478 – 4179
E-Mail	jens.bruening@uni-koeln.de



Kurzportrait

Unsere Abteilung beschäftigt sich mit allen Erkrankungen aus den Bereichen Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechselerkrankungen sowie mit präventivmedizinischen Fragen.

Durch eine enge, auch personelle Verbindung zum Max-Planck-Institut für Stoffwechselforschung in Köln führen wir sowohl Grundlagenforschung als auch klinische Forschung in diesen Schwerpunktbereichen durch.

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 Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

B-5.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-5.6 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-5.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.



B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz für Endokrinologie und Stoffwechselstörung

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Privatambulanz

Ambulanz für Hypophysenerkrankungen

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

Hypophysentumore, Schilddrüsenkrebs

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

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			2,07	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,07		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,07		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			0,96	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,96		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	0,96		

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

Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie

Weitere Qualifikation:

- Ernährungsmediziner nach dem Curriculum der BÄK

Diese Qualifikation ist nicht in der Auswahlliste des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) enthalten.

B-5.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen			2,82	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,82		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,82		
Medizinische/r Fachangestellte/r			2,45	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,45		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,45		

Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

B-6.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 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 – 85663

Telefax 0221 / 478 – 85677

angela.kribs@uk-koeln.de

Leiterin pädiatrische Intensivmedizin

Dr. med. Anne Vierzig

Telefon 0221 / 478 – 3702

Telefax 0221 / 478 – 1424381

anne.vierzig@uk-koeln.de

Stellv. Leiter pädiatrische Intensivmedizin

PD Dr. med. André Oberthür

Telefon 0221 / 478 – 85696

Telefax 0221 / 478 – 4351

andre.oberthuer@uk-koeln.de

Neuropädiatrie und Interdisziplinäres Sozialpädiatrisches Zentrum (ISPZ)

Leiter

Dr. med. Peter Herkenrath

Telefon 0221 / 478 – 6074

Telefax 0221 / 478 – 3898

spz@uk-koeln.de

Stellv. Leiter

PD Dr. med. Max C Liebau

Telefon 0221 / 478 – 6871

max.liebau@uk-koeln.de

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, interdisziplinäre Versorgung von Adipositaspatienten, Endokrinologie, Osteologie, Rheumatologie, Gastroenterologie.



Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie, Rheumatologie und Stoffwechselstörungen

Leiter Spezialambulanzen und Allgemeine Poliklinik

Prof. Dr. med. Eckhard Schönau

Telefon 0221 / 478 – 84755

Telefax 0221 / 478 – 7351

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

Prof. Dr. med. Lutz Weber

Telefon 0221 / 478 – 86081

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

Prof. Dr. med. Thorsten Simon

Telefon 0221 / 478 – 30867

Telefax 0221 / 478 – 30868

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

Telefax 0221 / 478 – 3330

ernst.rietschel@uk-koeln.de

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

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 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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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	Neugeborenencreening (TMS)
VK34	Neuropädiatrie
VK00	Osteogenesis imperfecta
VK28	Pädiatrische Psychologie
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum
VK29	Spezialsprechstunde
VK00	Versorgung von extrem unreifen Frühgeborenen
VK23	Versorgung von Mehrlingen

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-6.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.278
Teilstationäre Fallzahl	720
Anzahl Betten	125

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

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.



B-6.6

Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	372
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	287
3	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	222
4	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	196
5	J20	Akute Bronchitis	138
6	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	136
7	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	125
8	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege - Bronchiolitis	92
9	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	84
10	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	83
11	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	83
12	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	72
13	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	62
14	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	61
15	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	59
16	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	59
17	C74	Nebennierenkrebs	58
18	P22	Atemnot beim Neugeborenen	57
19	S52	Knochenbruch des Unterarmes	55
20	K40	Leistenbruch (Hernie)	51
21	E78	Störung des Fettstoffwechsels bzw. sonstige Erhöhung der Blutfettwerte	49
22	Q78	Sonstige angeborene Fehlbildung von Knochen und Knorpel - Osteochondrodysplasie	49
23	C71	Gehirnkrebs	46
24	Q53	Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums	44
25	Z27	Notwendigkeit der Impfung gegen Kombinationen von ansteckenden Krankheiten	41
26	K35	Akute Blinddarmentzündung	40
27	J03	Akute Mandelentzündung	38
28	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	38
29	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	38
30	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	33



B-6.7

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)	1.412
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.072
3	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	715
4	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	533
5	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	526
6	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	456
7	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	394
8	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	362
9	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	357
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	324
11	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	305
12	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	304
13	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	291
14	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	284
15	8-822	Filterung bestimmter Blutfette (LDL-Cholesterin) aus dem Blut	283
16	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	280
17	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	269
18	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	199
19	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	160
20	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	142
21	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	132
22	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	115
23	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	106
24	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	98
25	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	90
26	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	83
27	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	68
28	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	68



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
29	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse	60
30	1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	58

B-6.8 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	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren
Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren
Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen



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-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			76,50	68,99
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	76,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	66,06		
	- ambulant	10,44		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			47,37	111,42
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	47,37		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	40,91		
	- ambulant	6,46		

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
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ09	Kinderchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
ZF17	Kinder-Gastroenterologie
ZF18	Kinder-Nephrologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie
ZF30	Palliativmedizin
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie



B-6.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		11,58	455,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,41		
	- indirekt	0,17		
Versorgungsbereich	- stationär	11,58		
	- ambulant	–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		180,75	29,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	180,75		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	175,38		
	- ambulant	5,37		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		11,77	448,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,77		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,91		
	- ambulant	3,86		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ12	Notfallpflege
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PG07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetes
ZP20	Palliative Care
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-7 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie



Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier

B-7.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie
Hausadresse	Kerpener Straße 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 Patientinnen und 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 Kinderkardiologinnen und Kinderkardiologen und Gynäkologinnen 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 Kinderkardiologinnen und Kinderkardiologen und niedergelassene Kinderärztinnen und 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 Patientinnen und Patienten der kinder-kardiologischen Klinik), regelmäßige Besuche durch Clowns in den Zimmern, individuelle Schulbetreuung für die älteren Patientinnen und Patienten durch qualifizierte Lehrerinnen und Lehrer und Unterstützung in psychosozialen Angelegenheiten durch die Sozialpädagogin im stationären und ambulanten Bereich der Klinik für Kinderkardiologie.

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 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-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	496
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	12

B-7.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	80
2	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	44
3	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	42
4	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	40
5	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	33
6	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	33
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	16
8	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	12
9	Q24	Sonstige angeborene Fehlbildung des Herzens	10
10	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	8

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel	117
2	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	63
3	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	44
4	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	44
5	8-838	Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	41
6	1-277	Untersuchung eines Herzens, das sich nach seiner Struktur bzw. in seiner Funktion wie eine einzelne Herzkammer verhält, mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	38
7	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	32
8	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	30
9	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	29



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping	28

B-7.8

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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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			8,61	57,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,61		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,96		
	- ambulant	1,65		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			8,45	58,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,45		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,83		
	- ambulant	1,62		

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie 5 Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderkardiologie, 3 Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderintensivmedizin
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie

B-7.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		3,28	151,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,28 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	– 3,28		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		16,32	30,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	16,32 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,72 1,60		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		0,61	813,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,61 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,52 0,09		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP19	Sturzmanagement



B-8 **Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns

B-8.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie
Hausadresse	Kerpener Straße 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 die Patientin oder 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 Magenerkrankungen

- 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 Gallengangoperationen

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 Kompartimentresektion, radikale modifizierte Neck Dissection bei Schilddrüsenkarzinomen
- offene minimalinvasive Parathyroidektomie (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 interdisziplinärer 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 Lungentumorsektionen
- Thorakoskopische Bullaabtragung mit Pleurothese beim rezidivierenden Pneumothorax und der Pleurodese maligner Pleuraergüsse
- Thorakoskopische Thymektomie (Entfernung der Thymusdrüse)
- Paravertebrale Neurinom Entfernung
- 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 Patientinnen und 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 die Patientin oder 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 Empfängerinnen/Empfänger und Spenderinnen/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-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

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC71	Notfallmedizin
VC57	Plastisch rekonstruktive Eingriffe
VC00	Proktologie
VC00	Schilddrüsenerkrankungen
VC00	Schluckstörungen (Dysphagie)
VC00	Speiseröhren-/Magenerkrankungen
VC58	Spezialsprechstunde



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
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 Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD10	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

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
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
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
VI35	Endoskopie
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde

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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU11	Minimal-invasive laparoskopische Operationen
VU16	Nierentransplantation

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	1.880
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	58

B-8.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C15	Speiseröhrenkrebs	220
2	C16	Magenkrebs	197
3	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	100
4	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	73



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
5	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	56
6	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	54
7	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	53
8	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	52
9	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	51
10	K35	Akute Blinddarmentzündung	49
11	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in einem oder mehreren Lymphknoten	48
12	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	47
13	K80	Gallensteinleiden	43
14	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	42
15	Z52	Spender von Organen oder Geweben	40
16	K40	Leistenbruch (Hernie)	38
17	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	33
18	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	32
19	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	27
20	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	26
21	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	25
22	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	24
23	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	21
24	K81	Gallenblasenentzündung	20
25	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	18
26	C73	Schilddrüsenkrebs	17
27	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	17
28	S36	Verletzung von Bauchorganen	17
29	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	16
30	C48	Krebs des Bauchfells (Peritoneum) bzw. des dahinter liegenden Gewebes (Retroperitoneum)	15

B-8.7

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	721
2	5-469	Sonstige Operation am Darm	544
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	482



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	405
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	303
6	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	207
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	182
8	5-426	Entfernung der gesamten Speiseröhre mit Wiederherstellung der Verbindung	174
9	5-449	Sonstige Operation am Magen	169
10	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	162
11	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	158
12	5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	151
13	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	150
14	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	142
15	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	138
16	5-448	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen	124
17	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	110
18	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	105
19	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	99
20	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	95
21	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	94
22	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	90
23	5-454	Operative Dünndarmentfernung	89
24	5-555	Nierenverpflanzung (Transplantation)	84
25	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	83
26	5-554	Operative Entfernung der Niere	83
27	5-538	Operativer Verschluss eines Zwerchfellbruchs (Hernie)	82
28	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	82
29	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	81
30	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	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	150
24h pH-Metrie/Impedanzmessung	140
Restech-Messung	113
Bilitec-Messung	15

(Fallzahlen aus 2018)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Transplantationsambulanz

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

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) seltener Lebererkrankungen

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

Anlage Nr.	Angebote spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 o)	ausgewählte seltene Lebererkrankungen

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	29
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	22
3	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	22
4	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	11
5	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	9
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	4
7	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4
8	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
9	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	< 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			20,06	93,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,06		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,01		
	- ambulant	3,05		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			13,18	142,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,18		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,17		
	- ambulant	2,01		

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
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF26	Medizinische Informatik
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie



B-8.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		47,64	39,46
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	46,13		
	- indirekt	1,51		
Versorgungsbereich	- stationär	47,64		
	- ambulant			
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		1,00	1.880,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,00		
	- ambulant	–		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		2,06	912,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,06		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,06		
	- ambulant	–		
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		5,50	341,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,16		
	- indirekt	1,34		
Versorgungsbereich	- stationär	5,50		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		5,69	330,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,69		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,93		
	- ambulant	2,76		

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 einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP20	Palliative Care



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-9 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie



Univ.-Prof. Dr. med. Jan Brunkwall

B-9.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	gefaesschirurgie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie (1518) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor (bis 30.09.2019)	Univ.-Prof. Dr. med. Jan Brunkwall
Telefon	0221 / 478 – 32498
Telefax	0221 / 478 – 32499
E-Mail	jan.brunkwall@uk-koeln.de
Kommissarische Leitung (ab 01.10.2019)	Dr. med. Spyridon Mylonas
Telefon	0221 / 478 – 32500
E-Mail	spyridon.mylonas@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.

Carotidesobliterationen 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 abdominalen 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 jede Patientin oder jeden Patienten genauestens ausgewählt.

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

Krampfadern werden ebenfalls mit minimal-invasiven Techniken inklusive 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 abdominalen Aortenaneurysmen, einschließlich fenestrierter Endostentprothesen und Endostentprothesen mit Seitenarmen

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

Operative Behandlung (offen oder endovaskulär) von Dissektionen der thorakalen und abdominalen 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 viszerale 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 abdominalen 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-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

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-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	1.071
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

B-9.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	313
2	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	233
3	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	139
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	122
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	79
6	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	43
7	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	34
8	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	34
9	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	6
10	I77	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern	5
11	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	5
12	A46	Wundrose - Erysipel	4
13	T87	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind	4
14	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
15	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	< 4
16	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	< 4
17	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	< 4
18	D68	Sonstige Störung der Blutgerinnung	< 4
19	E88	Sonstige Stoffwechselstörung	< 4
20	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	< 4
21	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	< 4
22	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	< 4
23	I21	Akuter Herzinfarkt	< 4



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	< 4
25	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	< 4
26	I73	Sonstige Krankheit der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen	< 4
27	I83	Krampfader der Beine	< 4
28	I87	Sonstige Venenkrankheit	< 4
29	R52	Schmerz	< 4
30	S65	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Handgelenkes bzw. der Hand	< 4

B-9.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	603
2	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	298
3	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	283
4	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	251
5	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	185
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	172
7	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	169
8	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	124
9	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	115
10	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	112
11	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	98
12	5-382	Operative Entfernung von Blutgefäßen mit Verbindung der zwei Enden	96
13	8-842	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße	92
14	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	74
15	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	68
16	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	54
17	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	43
18	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	37
19	5-383	Operative Entfernung und Ersatz von (Teilen von) Blutgefäßen	32
20	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	32
21	5-389	Sonstiger operativer Verschluss an Blutgefäßen	26



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	25
23	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	21
24	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	19
25	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	18
26	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	18
27	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	17
28	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	13
29	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	12
30	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z. B. mit einer Naht	11

B-9.8

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-9.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	21
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	19
3	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	< 4
4	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	< 4
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 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			13,05	82,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,05		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,64		
	- ambulant	1,41		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,12	175,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,12		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,46		
	- ambulant	0,66		

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie

B-9.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		17,02	62,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		17,02		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		15,22		
	- ambulant		1,80		
Pflegeassistenten/-assistentinnen		2 Jahre		2,42	442,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,42		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,42		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz		3 Jahre		3,58	299,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,73		
	- indirekt		0,85		
Versorgungsbereich	- stationär		3,58		
	- ambulant		–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-9 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		3,67	291,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,67		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,04		
	- ambulant	0,63		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-10 Zentrum für Neurochirurgie



Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner



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

B-10.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name **Zentrum für Neurochirurgie**

Hausadresse Kerpener Straße 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 – 82792

Telefax 0221 / 478 – 82824

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 Neurochirurginnen und Neurochirurgen. Dies wurde mit der erfolgreichen Akkreditierung zu einem europäischen Weiterbildungszentrum durch die European Association of Neurosurgical Societies am 08.09.2016 honoriert.

Das Zentrum für Neurochirurgie ist seit 2013 Teil des von der DKG zertifizierten Neuroonkologischen Zentrums (Sprecher: Prof. Dr. Roland Goldbrunner), eines der größten seiner Art in Deutschland.

Seit 22.01.2019 ist das Zentrum für Neurochirurgie zusammen mit der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ein von der DWG zertifiziertes Wirbelsäulenzentrum der obersten Versorgungsstufe (Level1). Sprecher sind Prof. Dr. Roland Goldbrunner und Prof. Dr. Peer Eysel.

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 die einzelne Patientin oder 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit schwerem Schädel-Hirntrauma, Hirnblutungen oder anderen schweren Erkrankungen des ZNS.

- **Pädiatrische Neurochirurgie**

Kinderneurochirurgie: Fehlbildungen, Tumoren, Schädeldefektbildungen (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 Patientinnen und Patienten mit Schmerzen sowie Patientinnen und 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 Spinalenlektroden (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-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

Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule Interdisziplinäre Versorgungen von komplexen degenerativen und traumatischen Schäden der Wirbelsäule und von Tumoren der Wirbelsäule zum Teil in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen Interdisziplinäre Versorgung von Hirngefäßerkrankungen mit den Abt. für Neuroradiologie und der Klinik und Poliklinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis) Operative Versorgung von Hirntumoren unter Einsatz von neurophysiologischem und neuropsychologischem Monitoring, intraoperativem Ultraschall, fluoreszenzgestützte Tumorexstirpation 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-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	2.764
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	80

B-10.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	274
2	M54	Rückenschmerzen	262
3	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	215
4	C71	Gehirnkrebs	186
5	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	184
6	S06	Verletzung des Schädelinneren	158
7	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	156
8	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	152
9	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdkörper (z. B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren ^{Hinw}	128
10	G50	Krankheit des fünften Hirnnervs	84
11	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	79
12	D33	Gutartiger Hirntumor, Hirnnerventumor bzw. Rückenmarkstumor	76
13	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	67
14	G91	Wasserkopf	63
15	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	51
16	G20	Parkinson-Krankheit	47
17	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	40
18	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	37



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	34
20	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	33
21	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	21
22	D43	Tumor des Gehirns bzw. des Rückenmarks ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	19
23	D36	Gutartiger Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperstellen	17
24	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	16
25	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	16
26	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	14
27	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	14
28	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	13
29	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	12
30	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	12

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

B-10.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-010	Operative Schädelöffnung über das Schädeldach	1.296
2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	1.027
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	771
4	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	761
5	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	534
6	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	480
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	450
8	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	428
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	413
10	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	385
11	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	381
12	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	377
13	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	334
14	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	330
15	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	301



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	271
17	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	263
18	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	249
19	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	230
20	8-925	Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems während einer Operation	200
21	5-038	Operation an den Hirnwasserräumen im Rückenmarkskanal	177
22	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	159
23	1-510	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gehirn bzw. Hirnhäuten durch operativen Einschnitt und Eröffnung der Schädeldecke	150
24	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	145
25	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	145
26	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremtteilen wie Mess-Sonden oder Medikamentenpumpen	144
27	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	140
28	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknoten	137
29	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	125
30	5-014	Computergesteuerte Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten unter Röntgenkontrolle	122

B-10.8

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-10 Zentrum für Neurochirurgie

Neuroonkologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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-10.9 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 Nerven oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	15
2	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	4
3	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
4	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nerven oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nerven	< 4

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			36,68	75,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	36,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	34,90		
	- ambulant	1,78		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			21,45	128,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,45		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	20,41		
	- ambulant	1,04		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-10.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		88,71	31,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	87,96		
	- indirekt	0,75		
Versorgungsbereich	- stationär	88,71		
	- ambulant	–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		0,91	3.037,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,91		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,91		
	- ambulant	–		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		1,20	2.303,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,20		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,20		
	- ambulant	–		
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		3,96	697,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,45		
	- indirekt	0,51		
Versorgungsbereich	- stationär	3,96		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		3,36	822,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,36		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,73		
	- ambulant	0,63		

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
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-10 Zentrum für Neurochirurgie

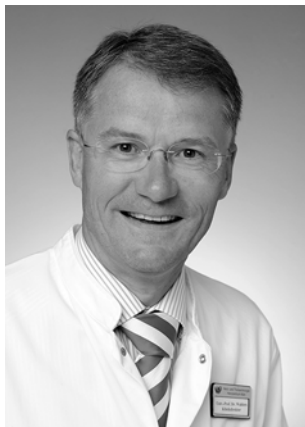
Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP14	Schmerzmanagement Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-11 **Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers

B-11.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie
Hausadresse	Kerpener Straße 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-Patientinnen und Patienten. Zusätzlich wird in der CardioCliniC Köln als Dependence in Köln-Kalk eine operative Einheit mit zusätzlicher Intensivstation genutzt.

Insgesamt werden jährlich über 2.500 Operationen durchgeführt, davon etwa 1.600 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 Herzfehlern 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-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 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikeldruptur
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-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	2.342
Teilstationäre Fallzahl	49
Anzahl Betten	89

B-11.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	428
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	376
3	I21	Akuter Herzinfarkt	329
4	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	277
5	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	124
6	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	109
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	98
8	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	67
9	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	65
10	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	49
11	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	44
12	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	34
13	J86	Eiteransammlung im Brustkorb	26
14	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	20
15	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	19
16	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	13
17	I50	Herzschwäche	13
18	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	12
19	E32	Krankheit der Thymusdrüse	12
20	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	9
21	Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände als einer Krebskrankheit	9



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	8
23	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	8
24	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	7
25	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	7
26	J94	Sonstige Krankheit des Brustfells (Pleura)	7
27	R57	Schock	7
28	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	6
29	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	5
30	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen - Pneumothorax	5

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

B-11.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.765
2	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	1.566
3	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	831
4	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	540
5	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	510
6	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	505
7	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	346
8	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	327
9	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	317
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	285
11	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	278
12	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	274
13	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	267
14	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	243
15	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	235
16	5-35a	Operation an Herzklappen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	225
17	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	222



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen - Valvuloplastik	222
19	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	213
20	5-38b	Entnahme von Blutgefäßen zur Verpflanzung (Transplantation) im Rahmen einer Spiegelung	185
21	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	166
22	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	145
23	5-346	Wiederherstellende Operation an der Brustwand	125
24	8-852	Behandlung mit einer Herz-Lungen-Maschine zur Anreicherung von Sauerstoff im Blut außerhalb des Körpers - ECMO bzw. prä-ECMO-Therapie	122
25	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	121
26	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	120
27	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	108
28	9-984	Pflegebedürftigkeit	106
29	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	102
30	5-37b	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch	92

B-11.8

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: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC01	Koronarchirurgie
VC11	Lungenchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Nr.	Angeborene Leistung
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

Schrittmacherambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angeborene Leistung
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC05	Schrittmachereingriffe

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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			61,16	38,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	60,03		
	- indirekt	1,13		
Versorgungsbereich	- stationär	60,21		
	- ambulant	0,95		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			28,61	81,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	27,48		
	- indirekt	1,13		
Versorgungsbereich	- stationär	28,28		
	- ambulant	0,33		

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

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 (Transkathetäre 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-11.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		118,21	19,81
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		116,70		
- indirekt		1,51		
Versorgungsbereich				
- stationär		118,21		
- ambulant		–		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		2,42	967,77
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		2,42		
- indirekt		–		
Versorgungsbereich				
- stationär		2,42		
- ambulant		–		
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		14,45	162,08
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		11,01		
- indirekt		3,44		
Versorgungsbereich				
- stationär		14,45		
- ambulant		–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		2,47	948,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,47		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,20		
	- ambulant	0,27		

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
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-12 **Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Axel Heidenreich

B-12.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie
Hausadresse	Kerpener Straße 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	danijela.marasovic@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-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 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
VU18	Schmerztherapie
VU00	Sexualmedizin
VU14	Spezialsprechstunde
VU13	Tumorchirurgie
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
VG16	Urogynäkologie

B-12.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

B-12.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.530
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	43

B-12.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C61	Prostatakrebs	551
2	C67	Harnblasenkrebs	350
3	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	138
4	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	132
5	C62	Hodenkrebs	126
6	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	117
7	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	104
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	69
9	R77	Sonstige Veränderung der Bluteiweiße	65
10	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	59
11	N35	Verengung der Harnröhre	58
12	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	46
13	C65	Nierenbeckenkrebs	43



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-12 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
14	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	34
15	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	32
16	N48	Sonstige Krankheit des Penis	28
17	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	27
18	N30	Entzündung der Harnblase	27
19	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	26
20	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z. B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	26
21	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	24
22	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	23
23	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	23
24	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	22
25	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	21
26	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	19
27	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	17
28	C66	Harnleiterkrebs	16
29	N28	Sonstige Krankheit der Niere bzw. des Harnleiters	16
30	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	15

B-12.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	820
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	555
3	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	539
4	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	472
5	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	397
6	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	293
7	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z. B. Ultraschall	291
8	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	221
9	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	205



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-12 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	202
11	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	165
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	142
13	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	137
14	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	133
15	5-469	Sonstige Operation am Darm	122
16	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	113
17	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	99
18	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	89
19	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	86
20	9-984	Pflegebedürftigkeit	83
21	5-552	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Niere	82
22	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	72
23	5-554	Operative Entfernung der Niere	66
24	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	64
25	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	63
26	5-576	Operative Entfernung der Harnblase - Zystektomie	62
27	5-584	Wiederherstellende Operation an der Harnröhre	60
28	8-603	Überwärmung bestimmter Gewebe bzw. Körperhöhlen im Rahmen einer Tumorbehandlung	60
29	8-546	Einbringen von Chemotherapie-Mitteln in eine Körperhöhle mit gleichzeitiger Erhitzung - Hyperthermie Chemotherapie	57
30	5-559	Sonstige Operation an der Niere	56



B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Urologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Ambulanz

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

Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1.1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleitschiene	893
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	518
3	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	46
4	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	31
5	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	< 4
6	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	< 4
7	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
8	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	< 4
9	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	< 4
10	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	< 4
11	5-613	Wiederherstellende Operation am Hodensack bzw. der Hodenhülle	< 4
12	5-621	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
13	5-630	Operative Behandlung einer Krampfadern des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	< 4
14	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
15	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters - Sterilisationsoperation beim Mann	< 4
16	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4

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

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



B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			15,15	167,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,15		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,33		
	- ambulant	2,82		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			5,72	442,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,72		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,66		
	- ambulant	1,06		

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
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF30	Palliativmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-12.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		31,35	80,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		29,85		
	- indirekt		1,50		
Versorgungsbereich	- stationär		31,35		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen		3 Jahre		1,50	1.686,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,50		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,50		
	- ambulant		–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-12 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		3,85	657,14
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,36		
	- indirekt	0,49		
Versorgungsbereich	- stationär	3,85		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		1,00	2.530,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,76		
	- ambulant	0,24		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie



Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel

B-13.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Hausadresse	Kerpener Straße 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.eyssel@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 Muskuloskelettsystems behandelt. Neben dem Schwerpunkt Unfall-Hand- und Ellenbogenchirurgie stellen die Wirbelsäulenchirurgie, die Endoprothetik, Tumorchirurgie und Kinderorthopädie die Hauptbereiche der Klinik dar.

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

In der zentralen Notaufnahme der Universitätsklinik Köln ist mindestens eine ärztliche Mitarbeiterin oder 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.

Bereich Orthopädie

Leitender Oberarzt Orthopädie

PD 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

Hüft dysplasie, Klumpfuß, Extremitäten deformität

Computernavigierte Operationen

Arthroskopie

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

Korrekturingriffe 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, Korrekturingriffe zur Verlängerung, Verkürzung und Achsenänderung an Gliedmaßen, Muskelerersatzoperationen nach Nervenschäden. Knochentumoren und Weichteiltumoren an den Gliedmaßen, Knochenersatzoperationen 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-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 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
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
VO15	Fußchirurgie
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VO16	Handchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VO19	Schulterchirurgie
VC30	Septische Knochenchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
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
VO16	Handchirurgie
VO12	Kinderorthopädie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO17	Rheumachirurgie
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO13	Spezialsprechstunde
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
VO00	Tumororthopädie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

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	2.960
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	105

B-13.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	236
2	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	184
3	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	149
4	S52	Knochenbruch des Unterarmes	149
5	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	109
6	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	104
7	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	104
8	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	98
9	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	86
10	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	86
11	M25	Sonstige Gelenkrankheit	80
12	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	77
13	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	76
14	S06	Verletzung des Schädelinneren	71
15	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	63
16	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	58
17	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	49



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
18	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	47
19	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	43
20	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	43
21	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	40
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	40
23	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	36
24	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	31
25	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	28
26	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	25
27	S13	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Halses	24
28	M41	Seitverbiegung der Wirbelsäule - Skoliose	23
29	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung - Osteomyelitis	23
30	M93	Sonstige Knochen- und Knorpelkrankheit	23

B-13.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	1.128
2	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	605
3	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	569
4	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	497
5	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	364
6	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	361
7	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	355
8	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	349
9	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	339
10	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	326
11	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z. B. bei Brüchen verwendet wurden	314
12	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	289
13	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	287



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z. B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	286
15	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	276
16	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	267
17	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	257
18	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	232
19	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	231
20	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	224
21	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	224
22	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	214
23	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	175
24	1-503	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt	171
25	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	168
26	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	167
27	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	158
28	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	154
29	9-984	Pflegebedürftigkeit	154
30	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	146

B-13.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)



Poliklinik für Allgemeine Orthopädie und Unfallchirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Nr.	Angeborene 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-13.9

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	150
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	18
3	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	12
4	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nerven oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	10
5	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	10
6	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	9
7	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	8
8	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	6
9	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	5
10	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	4
11	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	4
12	5-044	Nähen der äußeren Hülle eines Nerven bzw. Nervengeflechtes unmittelbar nach der Verletzung	< 4
13	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
14	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	< 4
15	5-788	Operation an den Fußknochen	< 4
16	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	< 4
18	5-813	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern im Kniegelenk durch eine Spiegelung	< 4
19	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	< 4
20	5-841	Operation an den Bändern der Hand	< 4
21	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	< 4
22	5-844	Operativer Eingriff an Gelenken der Hand außer dem Handgelenk	< 4
23	5-845	Operative Entfernung der Gelenkinnenhaut an der Hand	< 4
24	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 4
25	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	< 4
26	5-898	Operation am Nagel	< 4
27	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4

B-13.10 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-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			27,43	107,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	27,43		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	23,55		
	- ambulant	3,88		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,29	262,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,29		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,69		
	- ambulant	1,60		

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
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF19	Kinder-Orthopädie
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF27	Naturheilverfahren
ZF28	Notfallmedizin
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF44	Sportmedizin

B-13.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		59,42	49,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	59,42 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	50,05 9,37		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		1,97	1.502,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,97 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,97 –		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		8,47	349,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	8,47 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,47 2,00		
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		10,94	270,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,45 1,49		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,94 –		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		4,49	659,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,49		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,39		
	- ambulant	1,10		

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
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mallmann

B-14.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Hausadresse	Kerpener Straße 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 Augmentationsoperationen, 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-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 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-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	6.346
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	83



B-14.6

Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.281
2	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	463
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	425
4	O80	Normale Geburt eines Kindes	341
5	C50	Brustkrebs	250
6	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	249
7	P22	Atemnot beim Neugeborenen	199
8	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	156
9	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	146
10	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	116
11	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	108
12	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	105
13	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	100
14	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	94
15	O30	Mehrlingsschwangerschaft	92
16	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	75
17	O44	Fehllage der Plazenta vor dem Muttermund	71
18	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	67
19	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	65
20	C56	Eierstockkrebs	63
21	O04	Abtreibung	58
22	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	57
23	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	53
24	O46	Blutung vor der Geburt	53
25	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit bzw. Entbindung	53
26	C54	Gebärmutterkrebs	51
27	C53	Gebärmutterhalskrebs	46
28	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	46
29	N80	Gutartige Wucherung der Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter	44
30	O28	Ungewöhnliches Ergebnis bei der Untersuchung der Mutter auf Krankheiten des ungeborenen Kindes	42



B-14.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.758
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.354
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	819
4	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	635
5	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	596
6	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	245
7	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	223
8	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	221
9	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	200
10	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	184
11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	168
12	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	148
13	5-469	Sonstige Operation am Darm	132
14	5-672	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses	130
15	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	121
16	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	118
17	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	112
18	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	111
19	5-674	Wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals in der Schwangerschaft	104
20	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	102
21	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	99
22	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	98
23	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	96
24	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	94
25	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	84
26	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	83
27	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	73
28	9-984	Pflegebedürftigkeit	69
29	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	67



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
30	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	64

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz und Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus nach § 116b 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 f. Dysplasie,
Spezialsprechstunde f. HIV b. Schwangeren,
Spezialsprechstunde f. Kinder- u. Jugendgynäkologie,
Menopausensprechstunde,
Inkontinenzsprechstunde,
Kinderwunschsprechstunde,
Ambulante Chemotherapie v. Mamma- u. Genitalkarzinomen,
Ambulante Operationen,
Myomsprechstunde

Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1.1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorguppe 2: gynäkologische Tumoren

In der ASV Gynäkologische Tumore werden alle Krebserkrankungen weiblicher Geschlechtsorgane incl. Brust unter Leitung eines Kernteams der Universitätsfrauenklinik Köln behandelt. Es ist zentraler Bestandteil des Gynäkologischen Krebszentrums und des Brustzentrums Köln-Frechen des Uniklinikums Köln.

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	503
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	92
3	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	31
4	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	25
5	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	24
6	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	14
7	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	12



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	11
9	5-882	Operation an der Brustwarze	8
10	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	7

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		28,93	219,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	28,93 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	20,46 8,47	
- davon Fachärztinnen/-ärzte		15,21	417,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	15,21 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,76 4,45	

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
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
AQ46	Pathologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie



Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

B-14.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		50,72	125,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	48,98		
	- indirekt	1,74		
Versorgungsbereich	- stationär	50,72		
	- ambulant	–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		14,03	452,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	14,03		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	14,03		
	- ambulant	–		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		0,75	8.461,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,75		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,75		
	- ambulant	–		
Hebammen/Entbindungspfleger	3 Jahre		17,84	355,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,84		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,84		
	- ambulant	–		
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		8,16	777,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,98		
	- indirekt	2,18		
Versorgungsbereich	- stationär	8,16		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		9,65	657,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,65		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,19		
	- ambulant	5,46		

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 einer Station / eines Bereiches



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-15 **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-15.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie
Hausadresse	Kerpener Straße 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	hno@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 der Patientin oder des Patienten.

Ein besonderer und traditionsreicher Schwerpunkt der Klinik ist die Behandlung von Tumoren des HNO-Fachgebietes. Dies beinhaltet insbesondere die Tumoren des Rachens, des Kehlkopfes und des Schlundes sowie Tumoren der Nase und der Nasennebenhöhlen, der Speicheldrüsen und der Schädelbasis.

Ein weiterer großer operativer Schwerpunkt der Klinik ist 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.

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.

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 u. a. die Verwendung eines Navigationssystems, die Laser- und Ultraschallchirurgie.

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 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 Botulinumtoxinanwendung im Kopf-Hals-Bereich, die Tauchmedizin und Tubenfunktion (inklusive Druckkammeruntersuchung), die Schlafmedizin und die Schädelbasischirurgie. Bei bösartigen Tumoren wird die medikamentöse Tumorthherapie inklusive Immunonkologie von Kopf-Hals-Malignomen in der Klinik im adjuvanten und palliativen Modus durchgeführt.

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 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 Liquoristeln

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

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-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	2.280
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	40

B-15.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	160
2	H91	Sonstiger Hörverlust	134
3	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	124
4	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	105
5	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	101
6	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	95
7	C32	Kehlkopfkrebs	89
8	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	78



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	75
10	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	74
11	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	68
12	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	49
13	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	46
14	C44	Sonstiger Hautkrebs	42
15	J03	Akute Mandelentzündung	42
16	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	36
17	R04	Blutung aus den Atemwegen	35
18	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	33
19	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	30
20	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in einem oder mehreren Lymphknoten	29
21	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	27
22	J39	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege	26
23	H80	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose	25
24	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	23
25	H72	Trommelfellriss, die nicht durch Verletzung verursacht ist	23
26	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	22
27	R59	Lymphknotenvergrößerung	22
28	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	21
29	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	20
30	H61	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörgangs	20

B-15.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	943
2	1-610	Untersuchung des Kehlkopfes durch eine Spiegelung	336
3	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	309
4	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	214
5	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	178
6	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	176
7	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	174
8	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	161
9	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	150



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	150
11	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	144
12	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	135
13	5-269	Andere Operation an Speicheldrüse bzw. Speicheldrüsenausführungsgang	134
14	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	132
15	1-247	Messung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns	128
16	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	127
17	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	124
18	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges	112
19	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	112
20	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	104
21	1-245	Messung der Nasendurchgängigkeit	102
22	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nerven oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nerven	95
23	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	93
24	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	88
25	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	84
26	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	71
27	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	69
28	5-203	Operative Ausräumung des Warzenfortsatzes	68
29	5-292	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rachens	67
30	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	63

B-15.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

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

Allgemeine Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Gesamtes Spektrum der HNO-Notfalldiagnostik und –therapie

Allgemeine Privatambulanz

Privatambulanz

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

Cochlear Implant Centrum Köln

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

Nachsorge nach Cochlear Implantation

Onkologische Nachsorge

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Komplette Diagnostik und gegebenenfalls Therapie im Rahmen der onkologischen Nachsorge

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

Pädaudiologie/Phoniatrie

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

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.	Angeborene 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-15.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	90
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	49
3	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	11
4	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	9
5	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	8
6	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	4
7	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
8	5-202	Operativer Einschnitt in den Warzenfortsatz bzw. das Mittelohr	< 4
9	5-211	Operativer Einschnitt in die Nase	< 4
10	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
11	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
12	5-219	Sonstige Operation an der Nase	< 4
12	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
13	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z. B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
15	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
16	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 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			18,90	120,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,90		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,56		
	- ambulant	7,34		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			10,55	216,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,55		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,45		
	- ambulant	4,10		

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 Tumorthherapie
ZF33	Plastische Operationen

B-15.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungsdauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		32,97	69,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		32,57		
	- indirekt		0,40		
Versorgungsbereich	- stationär		32,97		
	- ambulant		–		
Pflegeassistenten/-assistentinnen		2 Jahre		0,92	2.478,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,92		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,92		
	- ambulant		–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Ausbildung	Ausbildung- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		1,94	1.175,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,94		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,94		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		3,00	760,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,36		
	- ambulant	1,64		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station/ eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-16 **Zentrum für Augenheilkunde** **- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde**



Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

B-16.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Zentrum für Augenheilkunde - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	augenklinik.uk-koeln.de dmek.de DMEK – Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (Zentrum für Hornhauttransplantation)
§-301-Schlüssel	Augenheilkunde (2700) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
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 Patientinnen und 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 Fallzahlen ist die Kölner Universitätsaugenklinik mit über 6.500 stationären Patientinnen und Patienten die grösste singuläre Uniaugenklinik in Deutschland.

Schwerpunkte der Krankenversorgung sind Erkrankungen der Hornhaut, Hornhaut-Transplantationen, Glaukome, Strabologie, Neuroophthalmologie, 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. An der Kölner Uniaugenklinik werden über 10 % aller Hornhauttransplantationen in Deutschland durchgeführt.

Glaukomerkrankungen in allen Formen sind ein besonderer Schwerpunkt des Zentrums. Es stehen alle invasiven und Laser-unterstützten Operationstechniken für das Glaukom zur Verfügung. Ein weiterer 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 der Schwerpunkt für Netzhaut- 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-16 Zentrum für Augenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

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

In der angegliederten Berufsfachschule für Orthoptik werden Orthoptistinnen ausgebildet.

Schwerpunkt für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie

Kommissarische Leitung

Dr. med. Claudia Dahlke

Telefon 0221 / 478 – 4105

Telefax 0221 / 478 – 5922

aug-netzhautsprechstunde@uk-koeln.de

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 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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA17	Spezialsprechstunde
	Trockenes Auge, Graft versus Host Disease (GvHD) und Uveitis

B-16.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Rollstuhlgerechte Spaltlampenuntersuchungseinheit in der Poliklinik

Schwerlastoperationstische im OP Saal

B-16.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 6.448

Teilstationäre Fallzahl 0

Anzahl Betten 70

B-16.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Grüner Star - Glaukom	2.246
2	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	882
3	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	602
4	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	537
5	H50	Sonstiges Schielen	508
6	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges - Keratitis	197
7	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	166
8	H26	Sonstiger Grauer Star	151
9	H17	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges	129
10	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	102
11	C44	Sonstiger Hautkrebs	95
12	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildung des Auges	88
13	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	76
14	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	62
15	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	59
16	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	55
17	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	51
18	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	39
19	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	29
20	Q10	Angeborene Fehlbildung des Augenlides, des Tränenapparates bzw. der knöchernen Augenhöhle	27
21	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	25



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	H20	Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) bzw. des Strahlenkörpers des Auges	25
23	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z. B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	23
24	E05	Schilddrüsenüberfunktion	21
25	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	18
26	Q12	Angeborene Fehlbildung der Augenlinse	18
27	T26	Verbrennung oder Verätzung, begrenzt auf das Auge bzw. zugehörige Strukturen wie Lider oder Augenmuskeln	16
28	D23	Sonstige gutartige Tumoren der Haut	15
29	H05	Krankheit bzw. Veränderung der knöchernen Augenhöhle	14
30	H00	Gerstenkorn bzw. Hagelkorn	12

B-16.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-220	Messung des Augeninnendrucks	10.067
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1.370
3	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	1.048
4	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	884
5	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	817
6	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	807
7	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation	479
8	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	457
9	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	408
10	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	406
11	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	343
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	340
13	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	332
14	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	294
15	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	224
16	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	207
17	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	192
18	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	166
19	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	149
20	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	122



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z. B. bei Schielen	120
22	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	103
23	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	76
24	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	74
25	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	72
26	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenliddiefstand	65
27	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	65
28	5-095	Nähen des Augenlides	64
29	5-097	Lidstraffung	62
30	5-124	Nähen der Hornhaut des Auges	61

B-16.8

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-16 Zentrum für Augenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Nr.	Angebotene Leistung
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

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-16.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	915
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsen kapsel	367
3	5-142	Operation einer Augenlinsen trübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	207
4	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	200



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	152
6	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	135
7	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	127
8	5-097	Lidstraffung	92
9	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	71
10	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	55
11	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	38
12	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	38
13	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenliddiefstand	37
14	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	33
15	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	26
16	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z. B. bei Schielen	20
17	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	18
18	5-095	Nähen des Augenlides	16
19	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	15
20	5-10a	Verstärkender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	12
21	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	9
22	5-098	Senkrechte Lidverlängerung	6
23	5-113	Operativer Ersatz der Bindehaut des Auges	4
24	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	4
25	5-081	Operative Entfernung von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse	< 4
26	5-085	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Tränensack bzw. sonstigen Tränenwegen	< 4
27	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	< 4

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			34,91	184,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	34,91		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	20,48		
	- ambulant	14,43		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			24,05	268,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	24,05		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	14,11		
	- ambulant	9,94		

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
AQ04	Augenheilkunde

B-16.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen		3 Jahre		53,97	119,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		53,97		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		53,97		
	- ambulant		–		
Pflegeassistenten/-assistentinnen		2 Jahre		1,42	4.540,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,42		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,42		
	- ambulant		–		
Medizinische/r Fachangestellte/r		3 Jahre		15,28	421,99
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		15,28		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		6,34		
	- ambulant		8,94		

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,50 Stunden pro Woche



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-16 Zentrum für Augenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie



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

B-17.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Neurologie
Hausadresse	Kerpener Straße 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 – 4455
Telefax	0221 / 478 – 7005
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 5.600 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Oberärztinnen und 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

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

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 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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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 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 (Hirnfarkt), 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-17.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-17.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.734
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	110

B-17.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	980
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	450
3	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	418
4	G20	Parkinson-Krankheit	305
5	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	276
6	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	147
7	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	142
8	G43	Migräne	130
9	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z. B. Myasthenie	117
10	C71	Gehirnkrebs	110

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, über-regionale 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-17.7

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)	4.288
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	3.387
3	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	3.104
4	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	2.497
5	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	1.282
6	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	1.112
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	867
8	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	784
9	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	625
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	550

B-17.8

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

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
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialprechstunde

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
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Nr.	Angebotene Leistung
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
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Nr.	Angebotene Leistung
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-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			31,68	181,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	31,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	25,19		
	- ambulant	6,49		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,63	493,04
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,24		
	- ambulant	2,39		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF37	Rehabilitationswesen

Weitere Qualifikationen:

- 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

PD Dr. med. Özgür Onur
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)
PD Dr. med. Michael Malter
Ausbilder (DGKN)

EMG

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

Epilepsie

PD 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-17.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		101,81	56,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	96,19		
	- indirekt	5,62		
Versorgungsbereich	- stationär	101,81		
	- ambulant	–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		0,96	5.972,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,96		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,96		
	- ambulant	–		
Altenpfleger/-innen	3 Jahre		1,41	4.066,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,41		
	- ambulant	–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		1,89	3.033,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,89		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,89		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		3,00	1.911,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,54		
	- ambulant	1,46		

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	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP29	Stroke Unit Care
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten

Weitere Qualifikationen

- Pflegeberatung
- Therapeutisch Aktivierende Pflege (TaktiP)

Diese Qualifikationen sind nicht in der Auswahlliste des G-BA enthalten.



B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Univ.-Prof. Dr. med. Frank Jessen

B-18.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hausadresse	Kerpener Straße 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 Patientinnen und Patienten stehen eine Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten neben der ärztlich-psychiatrischen Behandlung zur Verfügung: Ergotherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie, Entspannungstraining, psychotherapeutische Einzeltherapie und störungsspezifische Gruppentherapien, unter anderem für Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, psychiatrisch geschultem Krankenpflegepersonal, Ergotherapeutinnen und -therapeuten und Sozialarbeiterinnen und -arbeitern) 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-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
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-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	1.286
Teilstationäre Fallzahl	204
Anzahl Betten	105
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	20

Teilstationäre Fallzahlen werden gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Quartalszählweise dargestellt, ein/e Patient/in 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	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	245
2	F20	Schizophrenie	184
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	157
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	150
5	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	83
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	79
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z. B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	44
8	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffective Störung	35
9	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	33
10	F41	Sonstige Angststörung	29
11	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	28
12	F42	Zwangsstörung	25
13	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	20
14	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	20
15	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	18
16	G30	Alzheimer-Krankheit	18
17	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	17
18	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	14
19	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)	10
20	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	9
21	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	8
22	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	8



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	7
24	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	7
25	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln - Ticstörung	7
26	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	5
27	F14	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Kokain	4
28	F21	Störung mit exzentrischem Verhalten und falschen Überzeugungen - Schizotype Störung	< 4
29	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
30	G31	Sonstiger krankhafter Abbauprozess des Nervensystems	< 4

B-18.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.639
2	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	1.627
3	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	661
4	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen	418
5	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	416
6	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	385
7	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	363
8	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen - Elektrokrampftherapie	331
9	8-632	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]	173
10	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	140
11	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	111
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	110
13	9-626	Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	78
14	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	46
15	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	40



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	9-646	Erhöhter Aufwand bei drohender oder bestehender psychosozialer Notlage bei Erwachsenen ^{Hinw}	16
17	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	16
18	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	15
19	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	12
20	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	6
21	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	4
22	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	< 4
23	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	< 4
24	1-482	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) bei einer Gelenkspiegelung	< 4
25	1-493	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben mit einer Nadel	< 4
26	1-537	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Naseninnenraum durch operativen Einschnitt	< 4
27	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	< 4
28	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	< 4
29	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	< 4
30	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	< 4

^{Hinw} = Bezeichnung bei 9-646 entspricht nicht der Laiensprachlichen Übersetzung der Bertelsmann Stiftung

B-18.8 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-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			24,29	52,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	24,29		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	22,30		
	- ambulant	1,99		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			5,98	215,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,98		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,49		
	- ambulant	0,49		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
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		85,48	15,04
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	85,48		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	81,94		
	- ambulant	3,54		

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



Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ06	Master
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten

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		2,49	516,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 2,49 - indirekt –		
Versorgungsbereich	- stationär 1,96 - ambulant 0,53		
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin		1,00	1286,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,00 - indirekt –		
Versorgungsbereich	- stationär 0,78 - ambulant 0,22		
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)		24,86	51,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 24,86 - indirekt –		
Versorgungsbereich	- stationär 19,55 - ambulant 5,31		
Ergotherapeut und Ergotherapeutin		5,77	222,88
Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,50 - indirekt 5,27		
Versorgungsbereich	- stationär 5,27 - ambulant 0,50		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten			2,72	472,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	–		
	- indirekt	2,72		
Versorgungsbereich	- stationär	2,72		
	- ambulant	–		
Sozialarbeiter, Sozialpädagogen			0,54	2381,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,54		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,54		
	- 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-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters



Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Bender

B-19.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	kinder-jugendpsychiatrie.uk-koeln.de akip.uk-koeln.de AkiP – Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
§-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
Zugangslink	Kontakt/Anfahrt



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 Klinikneubau (2004) dar, in dem 14 zusätzliche Betten für die stationäre Versorgung 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. Zudem wurde 1999 das Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKiP gegründet, das in 2018 in Köln Zollstock neue Räumlichkeiten bezog.

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 Patientinnen und Patienten mit Essstörungen.

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
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-19.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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



B-19.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	421
Teilstationäre Fallzahl	112
Anzahl Betten	40
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	20

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

B-19.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	171
2	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	49
3	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	34
4	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	33
5	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z. B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	30
6	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	27
7	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	15
8	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	12
9	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	11
10	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	10

B-19.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	10.075
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	1.274
3	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	644
4	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	327
5	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	298
6	9-686	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	55
7	9-666	9-666	30



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	9-690	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	27
9	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	4*

* = Die Anzahl der tatsächlich durchgeführten EEG-Untersuchungen liegt mit ausgezählt 43 für 2018 wesentlich höher.

B-19.8 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 intensivisierte längerfristige Betreuung

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Spezialambulanz für autistische Störungen

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

Ausführliche Anamnese, standardisierte Fragebögen, autismspezifische, 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

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-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			16,32	25,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,32		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,81		
	- ambulant	3,51		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			6,78	62,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,78		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,32		
	- ambulant	1,46		

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
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF35	Psychoanalyse
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –



B-19.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		35,81	11,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	35,81 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	33,01 2,80		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger /-innen	3 Jahre		1,16	362,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,16 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,16 –		
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre		9,14	46,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,14 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,20 3,94		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP19	Sturzmanagement

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		5,04	83,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,04 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,30 1,74	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin		3,74	112,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,74 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,45 1,29	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin		5,19	81,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,19 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,40 1,79	
Ergotherapeut und Ergotherapeutin		0,47	900,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,47 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,47 –	
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten		1,82	231,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,82 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,82 –	
Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin, Sozialpädagoge und Sozialpädagogin		7,37	57,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,37 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,84 2,53	

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 Psychosomatik und Psychotherapie



Prof. Dr. med. Christian Albus

B-20.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Hausadresse	Weyertal 76 50931 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 – 39556
Telefax	0221 / 478 – 39563
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 Patientinnen und 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, Milieuthérapie, körperbezogene Verfahren, Kunst- und Musiktherapie, ggf. ergänzt um symptomadaptierte Medikation.

Im Rahmen unseres Konsil- und Liaisondienstes behandeln wir Patientinnen und Patienten unseres Fachgebietes auch dann mit, wenn sie primär in anderen Abteilungen am Universitätsklinikum betreut werden.

Im Jahr 2019 ist die Klinik in neue Räumlichkeiten im Evangelischen Krankenhaus Weyertal umgezogen. Auf zwei vollständig renovierten Etagen können wir unsere ambulanten und stationären Patienten jetzt in einem deutlich verbesserten Ambiente versorgen. Zusätzlich konnte der stationäre Bereich auf 18 Behandlungsplätze erweitert werden.

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 Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP00	Adipositas therapie Interdisziplinäres Adipositaszentrum, gemeinsam mit der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, 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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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
VP00	Psychokardiologie Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP14	Psychoonkologie
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung

B-20.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-20.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	53
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-20.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	13
2	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	11
3	F41	Sonstige Angststörung	7
4	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	7
5	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	6
6	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	5
7	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
8	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4



B-20.7

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	661
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	144
3	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	141
4	1-900	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	15
5	1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z. B. Zucker) verabreicht werden	< 4
6	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	< 4
7	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	< 4
8	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

In Ergänzung zu den oben aufgelisteten Prozeduren haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik bei ca. 800 stationären Patientinnen und 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 die Zuweiserin oder 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-20.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Insgesamt wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik bei ca. 1.200 Patientinnen und Patienten ambulant betreut. Davon wurden etwa 800 von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an uns verwiesen, etwa 200 kamen aus anderen Polikliniken der Universitätsklinik. Bei jeder Patientin oder 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.

Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel telefonisch durch die Ärztin/den Arzt oder der Patientin/den Patienten selbst. Der Untersuchungstermin wird der Patientin oder dem Patienten schriftlich mitgeteilt und ist von unserer Seite für den Zeitpunkt garantiert. Wartezeiten fallen nicht an. Das diagnostische Gespräch 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.	Angeborene 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.	Angeborene 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-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			4,67	11,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,67		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,41		
	- ambulant	1,26		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,73	19,41
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,73		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,00		
	- ambulant	0,73		

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik eine Fortbildung in Psychoonkologie gemäß den Kriterien der Deutschen Krebsgesellschaft absolviert.



B-20.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		9,03	5,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,03		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,03		
	- ambulant	–		

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 einer Station / eines Bereiches
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP25	Gerontopsychiatrie
ZP20	Palliative Care
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten

B-20.11.3

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		2,11	25,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,11	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	–	
	- ambulant	2,11	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-20 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin		1,00	53,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 1,00	
Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)		1,17	45,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,17 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 1,17	
Ergotherapeut und Ergotherapeutin		0,23	230,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,23 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 0,23	
Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten		0,12	441,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- 0,12	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,12 -	
Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA) Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK			



B-21

Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Drzezga

B-21.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 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 rezidierten 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 rezidierten 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-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

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-MIBG-Therapie, Radioimmuntherapie, Lu-177 DOTATATE, Lu-177 PSMA, SiRT, nuklearmedizinische Schmerztherapie von Knochenmetastasen)
VR39	Radioiodtherapie 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 Ibritumomab Tiuxetan b. follikul. NHL, Sm-153 Phosphonat 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-21.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

B-21.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	916
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14

B-21.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Schilddrüsenüberfunktion	410
2	C73	Schilddrüsenkrebs	312
3	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	63
4	C61	Prostatakrebs	41
5	C17	Dünndarmkrebs	28
6	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	16
7	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	16
8	C74	Nebennierenkrebs	8
9	C75	Krebs sonstiger hormonproduzierender Drüsen bzw. verwandter Strukturen	7
10	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	5
11	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	5
12	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
13	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	< 4
14	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	< 4
15	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	< 4

B-21.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	621
2	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	386
3	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	350
4	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	334
5	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	296
6	3-722	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	182



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	145
8	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorerkrankungen, z. B. bei Brustdrüsenkrebs	138
9	8-530	Behandlung mit radioaktiven Substanzen, die vom Körper aufgenommen werden	120
10	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	112
11	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	70
12	3-70b	Untersuchung der Stoffaufnahme und der Stoffabgabe von Zellen und Organen mithilfe radioaktiver Stoffe	27
13	3-721	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	23
14	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	19
15	3-75x	Darstellung der Stoffwechselvorgänge sonstiger Organe mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	10
16	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
17	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	< 4
18	3-700	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns und der Hirnwasserräume mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
19	3-702	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
20	3-703	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
21	3-70d	Bildgebendes Verfahren über Teile des Körpers zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
22	3-750	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	< 4
23	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	< 4

B-21.8

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Nr.	Angebotene Leistung
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

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-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			10,07	90,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,07		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,26		
	- ambulant	3,81		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			4,36	210,09
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
AQ42	Neurologie
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

Ein Doppelfacharzt für Nuklearmedizin und Diagnostische Radiologie,
vier weitere Fachärzte für Nuklearmedizin.

Vier Fachärzte besitzen das Zertifikat "Positronenemissionstomographie"
der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin.

Drei Fachärzte besitzen die Fachkunde „Magnetresonanztomographie und
Magnetresonanztomographie in der Nuklearmedizin“.

Vier Fachärzte für Nuklearmedizin verfügen über die Fachkunde für die CT.



B-21.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		7,15	128,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,15		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,15		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		2,41	380,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,14		
	- ambulant	1,27		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ12	Notfallpflege

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie



Univ.-Prof. Dr. med. Simone Marnitz-Schulze

B-22.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie
Hausadresse	Kerpener Straße 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

2.700 Neupatienten/Jahr

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 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, Ganzkörperbestrahlung, Radio-Immuntherapie, Mamma-Carzinom (Bestrahlung n. brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR30	Oberflächenstrahlentherapie

B-22.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

B-22.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.015
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	20

B-22.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C53	Gebärmutterhalskrebs	205
2	C15	Speiseröhrenkrebs	112
3	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	65
4	C32	Kehlkopfkrebs	57
5	C16	Magenkrebs	42
6	C04	Mundbodenkrebs	41
7	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	40
8	C09	Krebs der Gaumenmandel	36



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	C03	Zahnfleischkrebs	30
10	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	26
11	C52	Scheidenkrebs	24
12	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	22
13	C71	Gehirnkrebs	21
14	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	20
15	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	19
16	C12	Krebs des so genannten Recessus piriformis im Bereich des unteren Rachens	19
17	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	19
18	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	19
19	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	13
20	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	13
21	C54	Gebärmutterkrebs	13
22	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	13
23	C51	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	12
24	C73	Schilddrüsenkrebs	12
25	C01	Krebs des Zungengrundes	11
26	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	9
27	C02	Sonstiger Zungenkrebs	8
28	C72	Krebs des Rückenmarks, der Hirnnerven, des Gehirns oder zugehöriger Strukturen	8
29	C05	Gaumenkrebs	6
30	C08	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen	6

B-22.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebserkrankung - Hochvoltstrahlentherapie	5.788
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	724
3	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	260
4	8-523	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z. B. mittels Telekobaltgeräten und Linearbeschleunigern ^{Hinw}	211
5	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	127
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	82



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	68
8	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	35
9	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	23
10	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	19
11	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	17
12	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	11
13	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	9
14	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	8
15	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	7
16	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	5
17	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	5
18	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	5
19	8-525	Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes	5
20	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	4
21	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	4
22	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	4
23	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4
24	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
25	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z. B. mit einer Naht	< 4
26	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	< 4
27	8-121	Darmspülung	< 4
28	8-159	Sonstige Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z. B. Flüssigkeit	< 4
29	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	< 4
30	8-660	Dauer der Behandlung durch gebündelte Ultraschallwellen mit Kontrolle durch Kernspintomographie (MRT)	< 4

^{Hinw} = Bezeichnung bei 8-523 entspricht nicht der Laiensprachlichen Übersetzung der Bertelsmann Stiftung



B-22.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
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
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

Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Interdisziplinäre Nachsorgesprechstunde mit ca. 3.500 Patienten/Jahr

B-22.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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			17,25	58,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,25		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,09		
	- ambulant	12,16		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,42	136,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,42		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,19		
	- ambulant	5,23		

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
AQ58	Strahlentherapie
	6 Fachärztinnen/-ärzte für Strahlentherapie

B-22.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		7,43	136,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,15		
	- indirekt	0,28		
Versorgungsbereich	- stationär	0,28		
	- ambulant	7,15		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		2,41	421,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,22		
	- ambulant	1,19		

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
PQ13	Hygienefachkraft
PQ07	Pflege in der Onkologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement



B-23

Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie



Univ.-Prof. Dr. med. Esther von Stebut-Borschitz

B-23.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	dermatologie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Dermatologie (3400) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektorin	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.

Patientinnen und 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 Patientinnen/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 60 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 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie Doktorandinnen/Doktoranden. Neben klinischen Laborleistungen, wie z. B. histologische, mikrobielle und immunologische Untersuchungen, werden wissenschaftliche Untersuchungen zum Verständnis und zur Therapie von Hautkrankheiten durchgeführt.

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 Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD14	Andrologie
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD15	Dermatohistologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

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	Spezialprechstunde
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-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	2.356
Teilstationäre Fallzahl	975
Anzahl Betten	60

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

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.

B-23.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstiger Hautkrebs	394
2	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	318
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	187
4	B86	Krätze - Skabies	131
5	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen - Systemische Sklerose	123
6	L40	Schuppenflechte - Psoriasis	106
7	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	99
8	A46	Wundrose - Erysipel	90
9	L30	Sonstige Hautentzündung	62
10	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphigoidkrankheit	61
11	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	59
12	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	39
13	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	36
14	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	36
15	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	31
16	I87	Sonstige Venenkrankheit	27
17	D03	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs - Melanoma in situ	26
18	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	24
19	I83	Krampfader der Beine	24
20	L88	Geschwürbildung und Absterben der Haut	23
21	L50	Nesselsucht	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	20
23	L73	Sonstige Krankheit im Bereich der Haaransätze (Haarfollikel)	19
24	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	17



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
25	L08	Sonstige örtlich begrenzte Entzündung der Haut bzw. Unterhaut	17
26	M33	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Muskulatur und Haut angreift - Dermatomyositis-Polymyositis	15
27	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphiguskrankheit	14
28	L23	Hautentzündung durch allergische Reaktionen auf Kontaktstoffe	14
29	L98	Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut	12
30	B00	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Herpesviren	11

B-23.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	1.386
2	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	866
3	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	815
4	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	708
5	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	490
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	306
7	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	303
8	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	286
9	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	278
10	8-971	Fachübergreifende Behandlung einer Hautkrankheit	258
11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	175
12	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	131
13	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	113
14	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	95
15	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	92
16	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	89
17	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	80
18	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	73
19	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z. B. mit einer Naht	71
20	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	63
21	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	59



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	51
23	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	43
24	5-906	Kombinierter wiederherstellende Operation an Haut bzw. Unterhaut	38
25	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z. B. Hyposensibilisierung	35
26	5-898	Operation am Nagel	31
27	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	30
28	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	29
29	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	27
30	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	25

B-23.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allergieambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Autoinflammatorische Erkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie neutrophiler Dermatosen und autoinflammatorischer Erkrankungen wie Pyoderma gangraenosum, Akne fulminans, Erythema nodosum, Sweet-Syndrom, Morbus Behcet und andere

Nr.	Angebotene Leistung
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen

Bullöse Dermatosen und Autoimmunerkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen

Dermatologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Nr.	Angebotene Leistung
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Genodermatosen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

Infektiologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Laserambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

Mastozytosesprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie kutaner und systemischer Mastozytosen

Nr.	Angebotene Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Nr.	Angebotene Leistung
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



Psoriasisprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebote 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.	Angebote 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.	Angebote Leistung
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

Wundheilungsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie chronischer Wunden

Nr.	Angebote Leistung
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut

B-23.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	4
2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
3	5-898	Operation am Nagel	< 4
4	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4

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			19,43	121,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,43		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,35		
	- ambulant	9,08		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			11,26	209,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,26		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,00		
	- ambulant	5,26		

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
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF06	Dermatohistologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF31	Phlebologie
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		48,81	48,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		48,81		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		37,81		
	- ambulant		11,00		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		1,00	2.356,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,00		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		5,90	399,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,90		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,76		
	- ambulant	3,14		

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 einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-24

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-24.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie
Hausadresse	Kerpener Straße 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 Volutomographen zur optimalen Diagnostik. Des Weiteren finden bei sehr komplexen Verletzungen navigations-gestützte bzw. computer-assistierte Verfahren Anwendung.

Tumorchirurgie/Rekonstruktive Chirurgie

Hier findet eine sehr enge Kooperation mit den Kollegen der Klinik für Strahlentherapie statt. Zum chirurgischen Behandlungsspektrum zählen moderne computer-assistierte 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 kraniofaziale Eingriffe durch den ärztlichen Direktor, Prof. Zöller, durchgeführt.

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Dysgnathiebehandlung

Die Sprechstunde findet gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Kieferorthopädie statt. Des Weiteren bieten wir den niedergelassenen Kolleginnen und 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-Oberärztinnen/-ärzte 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 Distraction oder Beckenkammtransplantation für die anschließende dentale Implantation an.

Diagnostik

Die Abteilung besitzt folgende Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik:
DVT, OPG, Zahnfilm, Schädelaufnahmen, Sonographie

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 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
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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-24.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

B-24.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.554
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

B-24.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	339
2	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	175
3	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	121
4	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	113
5	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	97
6	C44	Sonstiger Hautkrebs	45
7	C04	Mundbodenkrebs	36
8	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	36
9	C02	Sonstiger Zungenkrebs	35
10	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	30
11	C03	Zahnfleischkrebs	28
12	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	26
13	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	24
14	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	22
15	C05	Gaumenkrebs	21
16	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	18
17	K02	Zahnkaries	17
18	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	16
19	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	13
20	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	12
21	S01	Offene Wunde des Kopfes	12
22	C00	Lippenkrebs	11



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	11
24	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	11
25	S06	Verletzung des Schädellinneren	8
26	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	7
27	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	7
28	D68	Sonstige Störung der Blutgerinnung	7
29	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	7
30	K13	Sonstige Krankheit der Lippe bzw. der Mundschleimhaut	7

Oben genannte Tabelle fasst die Hauptdiagnosen der Patientinnen und 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/die Leser/in und Kliniker/innen leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

Entsprechend können wir bei den rein stationären Patientinnen und 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-24.7

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	330
2	5-230	Zahmentfernung	302
3	5-231	Operative Zahmentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	287
4	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	274
5	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	213
6	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	176
7	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	147
8	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	145
9	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	140



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	126
11	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	124
12	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	123
13	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	112
14	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	100
15	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	98
16	5-764	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des vorderen Unterkiefers	96
17	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	92
18	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	84
19	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	79
20	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	79
21	5-776	Operative Durchtrennung von Knochen zur Verlagerung des Untergesichts	78
22	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	77
23	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	75
24	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	74
25	5-77b	Knochenverpflanzung bzw. -umlagerung an Kiefer- oder Gesichtsschädelknochen	73
26	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	72
27	5-777	Operative Durchtrennung zur Verlagerung des Mittelgesichts	64
28	5-275	Operative Korrektur des harten Gaumens - Palatoplastik	61
29	5-249	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern	57
30	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	57

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 Merheim konsiliarisch mit. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den/die Leser/in und Kliniker/innen leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

Entsprechend wurden bei den rein stationären Patientinnen und 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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-24.8 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-24.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	284
2	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	112
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	98
4	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	37



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	35
6	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	18
7	5-245	Zahnfreilegung	14
8	5-276	Operative Korrektur einer (angeborenen) Lippenspalte bzw. Lippen-Kieferspalte	10
9	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	9
10	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	8
11	5-237	Zahnwurzelspitzenentfernung bzw. Zahnwurzelkanalbehandlung	5
12	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	5
13	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	5
14	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	4
15	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
16	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	< 4
17	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	< 4
18	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	< 4
19	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
20	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	< 4
21	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4
22	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
23	5-905	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 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/die Leser/in und Kliniker/innen 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-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			13,41	115,88
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,83		
	- ambulant	3,58		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,61	595,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,61		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,91		
	- ambulant	0,70		

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ65	Kieferorthopädie
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
AQ41	Neurochirurgie
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen
AQ66	Oralchirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie
AQ64	Zahnmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF33	Plastische Operationen



B-24.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		24,68	62,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	24,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	24,68		
	- ambulant	–		
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre		2,75	565,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,75		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,75		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		1,77	877,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,77		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,25		
	- ambulant	1,52		

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
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-25

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger

B-25.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin betreuen jährlich mehr als 30.000 Patientinnen und Patienten während ihrer Behandlung in der Uniklinik Köln. Der Schwerpunkt der anästhesiologischen Tätigkeit liegt dabei in der optimalen perioperativen Betreuung. Patientinnen und 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 Radiagnostik) 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 Notfallpatientinnen/-patienten 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. Patientinnen und 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-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 Chirurgie

Allgemeine Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
	Operative Intensivmedizin unter anästhesiologischer Leitung



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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-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	203
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	31

Mitbehandlung bei über 3.000 Patientinnen und Patienten, die nicht direkt von der Intensivstation entlassen wurden und daher hier nicht mitgezählt werden.

B-25.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	14
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	9
3	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	8
4	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	7
5	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	6
6	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	6
7	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	5



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	5
9	S36	Verletzung von Bauchorganen	5
10	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	5
11	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	4
12	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
13	C15	Speiseröhrenkrebs	< 4
14	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	< 4
15	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
16	C50	Brustkrebs	< 4
17	C56	Eierstockkrebs	< 4
18	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
19	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	< 4
20	I46	Herzstillstand	< 4
21	I47	Anfallsweise auftretendes Herzerkrankung	< 4
22	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	< 4
23	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	< 4
24	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	< 4
25	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	< 4
26	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	< 4
27	R57	Schock	< 4
28	S11	Offene Wunde des Halses	< 4
29	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	< 4
30	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	< 4

B-25.7

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	3.536
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.562
3	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spalraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	1.207
4	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	1.088
5	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	979
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	964
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	926



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	920
9	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	354
10	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	308
11	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	290
12	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	252
13	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	230
14	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	222
15	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	127
16	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	101
17	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	77
18	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	71
19	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	71
20	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	62
21	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	58
22	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	57
23	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	55
24	8-901	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Atemwege	49
25	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	43
26	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	42
27	8-916	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an das unwillkürliche Nervensystem (Sympathikus)	41
28	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	38
29	8-712	Künstliche Beatmung bei Kindern und Jugendlichen	35
30	8-176	Behandlung durch Spülung des Bauchraumes bei vorhandener Flüssigkeitsableitung und vorübergehendem Verschluss der Bauchdecke	34

B-25.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Anästhesiesprechstunde Orthopädie

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der Anästhesie-Sprechstunde werden Patientinnen und Patienten anästhesiologisch für operative Eingriffe vorbereitet, das Narkoseverfahren festgelegt und Aufklärungsgespräche geführt.



Anästhesiesprechstunde zentrale OP-Bereiche

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der Anästhesie-Sprechstunde werden Patientinnen und Patienten anästhesiologisch für operative Eingriffe vorbereitet, das Narkoseverfahren festgelegt und Aufklärungsgespräche geführt.

Anästhesiesprechstunde HNO- und Augenklinik

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der Anästhesie-Sprechstunde werden Patientinnen und Patienten anästhesiologisch für operative Eingriffe vorbereitet, das Narkoseverfahren festgelegt und Aufklärungsgespräche geführt.

Privatambulanz

Privatambulanz

Schmerzzentrum

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Behandlung von akuten und chronischen Schmerzsyndromen

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			126,62	1,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	126,62		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	124,78		
	- ambulant	1,84		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			70,90	2,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	70,90		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	69,87		
	- ambulant	1,03		

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
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

B-25.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		164,84	1,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	161,90		
	- indirekt	2,94		
Versorgungsbereich	- stationär	164,84		
	- ambulant	–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre		4,99	40,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,99		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,99		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		3,27	62,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,27		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,11		
	- 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
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-25 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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



B-26 Zentrum für Palliativmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz

B-26.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Zentrum für Palliativmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	palliativzentrum.uk-koeln.de SAPV – Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
§-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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Fachärztinnen/-ärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, qualifiziertes Pflegepersonal und weitere qualifizierte Berufsgruppen wie Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiter/-innen, Seelsorger/-innen, Physiotherapeutinnen/-therapeuten, Kunst- und Musiktherapeutinnen/-therapeuten sowie besonders geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die Arbeit der Teams orientiert sich primär an den Bedürfnissen der Patientinnen und 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-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 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-26.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE

B-26.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	413
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	15

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	503 Fälle
Palliativmedizinischer Dienst	650 Fälle
davon	
- ZE 60.1 Palliativmediz. Komplexbehandl. (OPS 8-982)	3 Fälle
- ZE 133 Palliativmediz. Komplexbehandl. (OPS 8-98h)	647 Fälle
MVZ insgesamt:	1273 Fälle
Arzt-Patientenkontakte:	5062
Hospizdienst:	
Anzahl durch Förderung finanziert ehrenamtlicher Sterbebegleitungen	59
(Fallzahlen aus 2018)	

B-26.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	R52	Schmerz	208
2	R06	Atemstörung	107
3	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	26
4	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	24
5	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	11
6	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	8
7	R53	Unwohlsein bzw. Ermüdung	5
8	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	4
9	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
10	C61	Prostatakrebs	< 4
11	D62	Akute Blutarmut aufgrund einer Blutung	< 4



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
13	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	< 4
14	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	< 4
15	F41	Sonstige Angststörung	< 4
16	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4
17	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	< 4
18	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	< 4
19	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	< 4
20	L29	Juckreiz	< 4
21	M54	Rückenschmerzen	< 4
22	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	< 4
23	R42	Schwindel bzw. Taumel	< 4
24	R51	Kopfschmerz	< 4

Die Palliativstation wird derzeit als „Besondere Einrichtung“ mit Tagessätzen finanziert. Eine Zeitvorgabe wie im DRG-System gibt es daher nicht.

B-26.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	647
2	8-98e*	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	406
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	6
4	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
5	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	< 4
6	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
7	8-982**	Fachübergreifende Sterbebegleitung	< 4

* = 8-98e: Palliativmedizinische Leistungen auf der Palliativstation

** = 8-982: Palliativmedizinische Leistungen außerhalb der Palliativstation (z. B. Konsiliardienst)



B-26.8 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-26.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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			9,31	44,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,31		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,35		
	- ambulant	5,96		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,72	53,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,72		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,78		
	- ambulant	4,94		

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
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
	12 Personen
ZF35	Psychoanalyse
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
	2 Personen
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
	2 Personen
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung
	1 Person

B-26.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre		28,68	14,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	28,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	28,68		
	- ambulant	–		
Altenpfleger/-innen	3 Jahre		1,00	413,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,00		
	- ambulant	–		
Medizinische/r Fachangestellte/r	3 Jahre		0,65	635,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,65		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,53		
	- ambulant	0,12		

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
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ07	Pflege in der Onkologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
B-26 Zentrum für Palliativmedizin

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten



B-27 **Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie**



Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz

B-27.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Hausadresse	Kerpener Straße 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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, farbkodierte Duplex-Sonographie, CT-Angiographie und MR-Angiographie), die allgemeine- sowie die neuroradiologisch-interventionelle Behandlung von Gefäßerkrankungen mittels perkutaner transluminaler Gefäßrekanalisationen, Stent-implantationen, 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 Mammoth, 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 Infrastruktur (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 Tumorthherapie 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 externen 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 Tumorthherapie.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Radiologischen Institutes eine medizinisch effektive, diagnostische und interventionell-radiologische Versorgung der Patientinnen und Patienten des Klinikums gewährleistet.

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 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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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-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	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	5.096
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	4.070
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	4.006
4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	3.729
5	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	2.413
6	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.178
7	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1.798
8	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	1.415
9	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	1.017
10	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	847
11	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	697
12	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	595
13	3-611	Röntgendarstellung der Venen in Hals und Brustkorb mit Kontrastmittel	528
14	3-201	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel	449
15	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	448
16	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	446
17	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	435
18	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	424
19	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	404



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	378
21	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	375
22	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	352
23	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	306
24	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	302
25	3-60x	Sonstige Röntgendarstellung von Schlagadern mit Kontrastmittel	253
26	3-826	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	232
27	3-224	Computertomographie (CT) des Herzens mit Kontrastmittel	198
28	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	182
29	1-432	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z. B. Ultraschall	169
30	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	163

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-27.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kinderradiologie

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

B-27.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	661
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	134



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
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	13
4	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	11
5	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	5
6	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	4
7	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	4
8	1-432	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z. B. Ultraschall	< 4
9	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	< 4
10	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	< 4
11	3-605	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel	< 4
12	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	< 4
13	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	< 4

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		41,18	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	41,18 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	32,19 8,99	
- davon Fachärztinnen/-ärzte		20,74	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	20,74 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	16,21 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
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-27.11.2 Pflegepersonal

Im Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-28 Transfusionsmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Gathof

B-28.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Transfusionsmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 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 – 87073
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 bis zu 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 ca. 7.000 Blutplättchen-, Erythrozyten- und Blutstammzellenkonzentrate, hergestellt. Diese Blutpräparationen gelten als Arzneimittel und werden einzeln oder in Kombination am Patienten angewendet.

In der Transfusionsmedizin ist ein besonders qualifizierter Herstellungsbereich für Blut- und Zellpräparationen verfügbar.

Jede Fremdblutspende wird vor Freigabe auf die Krankheitserreger Hepatitis-A, -B, -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. Für nicht spendefähige Patienten erfolgt die Herstellung von Serumaugentropfen aus Fremdblut (individueller Heilversuch).

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 Tumorthérapien, Blutstammzelltransplantationen oder große Operationen (z. B. mit der Herz-Lungenmaschine) erst sicher möglich machen.

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 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-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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	6.232
2	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	937
3	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	46
4	8-802	Übertragung (Transfusion) von weißen Blutkörperchen von einem Spender	15

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-28.8 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-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			9,62	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,62		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,10		
	- ambulant	1,52		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			4,50	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,79		
	- 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

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
AQ59	Transfusionsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF11	Hämostaseologie

B-28.11.2 Pflegepersonal

In der Transfusionsmedizin wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-29 Zentrum für Pharmakologie



Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Fuhr



PD Dr. Thomas Streichert

B-29.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Zentrum für Pharmakologie
Hausadresse	Gleueler Straße 24 50931 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	pharmakologie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
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.

Leiter des Zentrums für Pharmakologie

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig (z. Z. beurlaubt)

Telefon 0221 / 478 – 88729

sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de

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 Fachärztinnen/-ärzte oder Fachapotheker/-innen 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-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	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, Immunsuppressiva

Weiterhin werden Anfragen zu Pharmaka- und Therapie-Problemen bearbeitet, die aus dem Bereich des Klinikums, aber auch von niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/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 Analysemethoden basierend auf den jeweils gültigen Richtlinien der Europäischen und der US-Amerikanischen Zulassungsbehörden 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/-innen des Instituts für Pharmakologie wahrgenommen.

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 der Pharmakologie 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			2,47	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,47		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,07		
	- ambulant	0,40		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			1,81	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,81		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,52		
	- ambulant	0,29		

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
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-29.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Pharmakologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-30 Institut für Klinische Chemie



PD Dr. Thomas Streichert

B-30.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Institut für Klinische Chemie
Hausadresse	Kerpener Straße 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 – 36814
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. In 2018 wurden am Institut für Klinische Chemie 6.311.790 Netto-Analysen durchgeführt.

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-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

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-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 des Zentral-Labors 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			4,41	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,94		
	- ambulant	1,47		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			2,67	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,67		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,78		
	- 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

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-30.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Klinische Chemie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-31 **Institut für Pathologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

B-31.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Institut für Pathologie
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	pathologie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner
Telefon	0221 / 478 – 6320
Telefax	0221 / 478 – 6363
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 123 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (FTE) beschäftigt. Pro Jahr werden aktuell ca. 130.000 pathologische Analysen bearbeitet, darunter auch Zytologien, Schnellschnittpräparate verschiedener Standorte und ca. 10.000 mit komplexen molekularpathologischen Fragestellungen. Das Institut fungiert als Referenzzentrum für hereditäre Tumorerkrankungen, Lungenerkrankungen, Lebererkrankungen, Weichgewebstumoren und verfügt über umfassende Expertisen bei hämatologischen und lymphatischen Erkrankungen. Daneben werden durch das Institut diverse Organzentren der Universität und an Krankenhäusern in der Region des südlichen Nordrheinwestfalen betreut.

In der Abteilung für Molekularpathologische Diagnostik werden im laufenden Jahr ca. 10.000 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 Pathologinnen und Pathologen, Naturwissenschaftler/-innen 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-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			19,58	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,08		
	- ambulant	10,50		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			13,23	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,23		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,13		
	- ambulant	7,10		

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 7,00 VK Molekularbiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ46	Pathologie

B-31.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Pathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-32 Institut für Neuropathologie



Univ.-Prof. Dr. med. Martina Deckert

B-32.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Institut für Neuropathologie
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	pathologie-neuropathologie.uk-koeln.de/institut-fuer-neuropathologie
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) 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 (Molekularbiologie, Immunologie, Genetik).

B-32.2 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-32.3 Medizinische Leistungsangebote

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

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 Pathologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.



B-32.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

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			0,15	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,15		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,13		
	- ambulant	0,02		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			0,13	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,13		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,12		
	- ambulant	0,01		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)
Angaben in Vollkräften (VK), eine „Halbtagsstelle“ zählt als 0,50 VK
Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ43	Neuropathologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –

B-32.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Neuropathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-33 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene



Univ.-Prof. Dr. med. Martin Krönke

B-33.1 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 Patientinnen und Patienten des Uniklinikums Köln durchgeführt.

Im Jahre 2018 wurden ca. 395.000 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-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 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-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 Mikrobiologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-33.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Reiseimpfprechstunde

Privatambulanz

Tägliche Reiseimpfprechstunde, 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	Reiseimpfprechstunde

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			1,45	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,45		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,02		
	- ambulant	0,43		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			0,98	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,98		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,69		
	- ambulant	0,29		

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

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

B-33.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-34 Institut für Virologie



Univ.-Prof. Dr. med. Florian Klein

B-34.1 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	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 2018 wurden insgesamt über 193.000 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 Mitarbeiterinnen und 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 Impfkonzeppte sowie die Anwendung von Antikörper-vermittelten Therapiestrategien. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Erforschung humaner Papillomviren inklusive der Leitung des Nationalen Referenzzentrums für Papillom- und Polyomaviren.

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 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-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 der Virologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-34.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

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			0,77	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,77		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,46		
	- ambulant	0,31		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			0,77	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,77		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,46		
	- ambulant	0,31		

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

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

B-34.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Virologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



B-35 Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs



Univ.-Prof. Dr. med. Rita Schmutzler

B-35.1 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 III (3791) 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 Zweitumoren 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 familiär gehäuften Fälle verantwortlich sind. Für die übrigen Fälle sind die Gene noch nicht identifiziert bzw. nicht ausreichend untersucht. In unserem Zentrum erfolgt die Gentestung nach der modernsten Methode im Rahmen einer Multigen Testung (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-35.2 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-35.3 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.	

B-35.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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



B-35.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Die Abteilung führt keine Betten, daher können keine Fallzahlen berichtet werden.

B-35.6 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-35.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-35.8 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.	Angebote 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-35.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-35.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-35.11 Personelle Ausstattung

B-35.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen/Ärzte			7,19	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,19		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	7,19		
- davon Fachärztinnen/-ärzte			7,19	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,19		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	7,19		

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-35.11.2 Pflegepersonal

Im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



**UNIKLINIK
KÖLN**

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

C Qualitätssicherung

C

Qualitätssicherung



C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden 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	222	104,05 %
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	43	104,65 %
09/3	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	64	100,00 %
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	65	98,46 %
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	19	100,00 %
09/6	Implantierbare Defib.-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	38	113,16 %
10/2	Karotis- Revaskularisation	258	100,00 %
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	432	100,00 %
16/1	Geburtshilfe	2.134	100,00 %
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	29	100,00 %
18/1	Mammachirurgie	316	100,00 %
DEK	Dekubitusprophylaxe	709	100,00 %
HCH-A	Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert	1.420	101,20 %
HCH-M	Herzchirurgie – Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	(1)	(1)
HCH-K	Herzchirurgie – Koronarchirurgie, isoliert	(1)	(1)
- Aort Kath Endo	- Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	327	102,45 %
- Aort Kath Trapi	- Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	18	111,11 %
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	139	100,00 %
- HEP IMP	- Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	120	100,00 %
- HEP WE	- Zählleistungsbereich Hüftendoproth.-wechsel u. Komponentenw.	20	100,00 %
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	8	100,00 %
- HTXM-TX	- Zählleistungsbereich Herztransplantation	< 4	(3)
- HTXM-MKU	- Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	5	100,00 %
KEP	Knieendoprothesenversorgung	134	100,00 %
- KEP IMP	- Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	112	99,11 %
- KEP WE	- Zählleistungsbereich Knieendoproth.-wechsel u. Komponentenw.	23	100,00 %
LLS	Leberlebendspende	0	(2)
LTX	Lebertransplantation	11	100,00 %
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0	(2)
NEO	Neonatalogie	1.083	100,18 %
NLS	Nierenlebendspende	41	100,00 %



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018

C Qualitätssicherung

Modul	Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	147	100,00 %
NTX	Nierentransplantation	85	100,00 %
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	(1)	(1)

⁽¹⁾ = Für die Leistungsbereiche der isolierten Aortenklappenchirurgie, kombinierten Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und isolierten Koronarchirurgie bzw. der Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur jeweils die Gesamtfallzahl und die Gesamtdokumentationsrate berechnet. Eine Differenzierung nach Modulen soll hier laut 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 § 136 SGB V

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

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

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

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

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.

Mit dem Anspruch einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die sowohl den ambulanten Sektor der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, als auch den stationären Sektor der Versorgung im Krankenhaus umfasst, werden die Verfahren zur Qualitätssicherung aus der bisherigen QSKH-RL zukünftig in die neue DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung) überführt, die dann auch die Verfahren aus der nicht mehr gültigen Qesü-RL (Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung) enthält.

Weiterführende Informationen

- G-BA – Der Gemeinsame Bundesausschuss
Wegelystr. 8, 10623 Berlin
www.g-ba.de
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin
iqtig.org
- QS NRW – Geschäftsstelle Qualitätssicherung 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 = $5 / (20,0 \% \times 200) = 0,125$

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

Beispielkrankenhaus A

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

Beispielkrankenhaus B

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

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

O / E < 1,00 besser als erwartet
O / E = 1,00 erwartungskonform
O / E > 1,00 schlechter als erwartet
(unter der Annahme, dass „weniger“ besser ist)

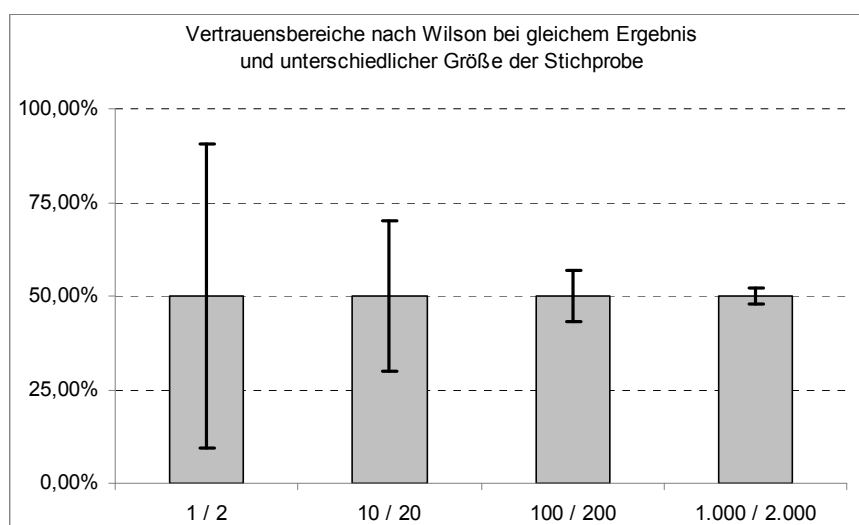
Das Verfahren ist stark abhängig von der Auswahl der Risikofaktoren aus den erfassten Daten und natürlich auch davon, welche Daten im Datenpool sind.

Vertrauensbereich

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

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

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



Referenzbereich (bundesweit)

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

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

Datenschutz

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

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat die insgesamt 274 Kennzahlen und Indikatoren im Verfahren der externen Qualitätssicherung nach SGB V im April 2018 im Hinblick auf die Veröffentlichungspflicht im Strukturierten Qualitätsbericht nach Kategorien bewertet und für 244 Kennzahlen bzw. Indikatoren die krankenhausbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse empfohlen.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI-Verfahren)

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



Bewertung durch Strukturierten Dialog

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

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



C-1.2.A

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Gemäß „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Beschluss eines Anhangs 3 zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2018“ vom 20. Juni 2019 werden die Ergebnisse auf den folgenden Seiten dargestellt.



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02a Leitlinienkonforme Systemwahl

ID 54140 Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
192 / 195	98,46 %	95,58 – 99,48	>= 90,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 98,55 % 98,46 – 98,64 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

→
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie 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/ehf150.



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

02b Systeme 1. Wahl

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
182 / 195	93,33 %	88,93 – 96,06	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 96,85 % 96,72 – 96,98 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

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/eh150.

^(z) = Tkez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

02c Systeme 2. Wahl

ID 54142 Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	k. A.
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,13 %	0,11 – 0,16 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

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/eh150.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02d Systeme 3. Wahl

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 195	4,62 %	2,45 – 8,54	<= 10,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 1,57 % 1,48 – 1,66 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

→
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen.

Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

ID 52139 Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
221 / 276	80,07 %	74,96 – 84,36	>= 60,00 %	 unverändert

Bundesergebnis 89,25 % 89,04 – 89,45 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

ID 52305

Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
823 / 881	93,42 %	91,58 – 94,87	>= 90,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 95,74 % 95,66 – 95,81 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

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 Standortebene 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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
----	---

06b Sondendislokation oder -dysfunktion

ID 52311 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 231	0,00 %	0,00 – 1,64	<= 3,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 1,44 % 1,36 – 1,53 %

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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



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			
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 3,93 Fallzahl: 231	1,27 O / E	0,55 – 2,92	<= 4,02 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,10	1,04 – 1,17		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

08 **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres**

ID 2194

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
12 / 7,34 Fallzahl: 160	1,64 O / E	0,88 – 2,74	<= 2,67 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	0,98 – 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


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
C Qualitätssicherung

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
09 ID 2195	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres			
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	1,66 O / E	0,09 – 7,32	<= 5,88 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,06	0,93 – 1,19		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
ID 52307	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
210 / 212	99,06 %	96,63 – 99,74	>= 95,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis	98,12 %	98,02 – 98,22 %
----------------	---------	-----------------

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

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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, 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 Standortebene 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation

Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01b Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu ID 52315 implantierter Sonden

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 3,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 1,08 % 0,87 – 1,34 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/- Explantation

Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
02 ID 51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)					
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 1,48 Fallzahl: 64	0,00 O / E	0,00 – 2,46	<= 5,03 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	0,97	0,84 – 1,11			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Leitlinienkonforme Indikation

ID 50055 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
54 / 64	84,38 %	73,57 – 91,29	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,10 %	91,75 – 92,43 %		

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

D50 Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation

Unvollständige oder falsche Dokumentation


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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.



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Leitlinienkonforme Systemwahl

ID 50005 Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
61 / 64	95,31 %	87,10 – 98,39	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,52 %	96,28 – 96,75 %		
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 dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

ID 52131 Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
51 / 64	79,69 %	68,29 – 87,73	>= 60,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 91,70 % 91,40 – 92,00 %

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



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

ID 52316

Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
195 / 205	95,12 %	91,25 – 97,33	>= 90,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 96,27 % 96,13 – 96,40 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

→
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

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 Standortebezug 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06b Sondendislokation oder -dysfunktion

ID 52325 Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 45	0,00 %	0,00 – 7,87	<= 3,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 0,82 % 0,71 – 0,94 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

→
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
07 ID 51186	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen				
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)					
Observed / Expected		Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)		1,78 O / E	0,31 – 9,50	<= 6,75 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis		0,94	0,81 – 1,10		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
ID 52321 Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
134 / 139	96,40 %	91,86 – 98,45	>= 95,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 98,69 % 98,60 – 98,78 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich **→**
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 Standortebeine 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation

Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff

ID 52328

Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 8,69 % (95. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 3,38 % 3,20 – 3,58 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation

Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder ID 52001 Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff

Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 6,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 3,16 % 2,98 – 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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation

Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Infektion als Indikation zum Folgeeingriff

ID 52002 Infektion, die zu einer erneuten Operation führte

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 83	0,00 %	0,00 – 4,42	<= 2,44 % (95. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 0,54 % 0,47 – 0,63 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

→
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation

Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04b Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu ID 52324 implantierter Sonden

Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 29	0,00 %	0,00 – 11,70	<= 3,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 0,50 % 0,35 – 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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



09/6 – Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/-Explantation

Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an ID 51196 Todesfällen

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

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

0 / 1,24	0,00 O / E	0,00 – 2,85	<= 5,70 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 43				

Bundesergebnis	1,29	1,12 – 1,49
----------------	------	-------------

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



Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

ID 603

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
104 / 108	96,30 %	90,86 – 98,55	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 98,96 % 98,78 – 99,11 %

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

ID 604

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
76 / 76	100,00 %	95,19 – 100,00	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 99,80 % 99,68 – 99,87 %

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 dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation

ID 52240

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 7	0,00 %	0,00 – 35,43	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,60 %	3,90 – 10,96 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(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 operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch

ID 11704

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 4,91	1,02 O / E	0,44 – 2,32	<= 2,99 (95. Perzentil)	
Fallzahl: 192				eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,00 0,92 – 1,08

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch

ID 11724

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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

4 / 3,32	1,20 O / E	0,47 – 3,03	Nicht definiert	k. A.
-----------------	-------------------	-------------	-----------------	-------

Fallzahl: 192

Bundesergebnis	1,00	0,90 – 1,11
----------------	------	-------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ⁽²⁾		Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung		
06a ID 605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch			
	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	—	—	Nicht definiert	k. A.
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,23 %	1,05 – 1,44 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl
Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

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

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

06b ID 606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
----------------------	---

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	0,00 %	0,00 – 39,03	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	2,74 %	2,08 – 3,59 %
----------------	--------	---------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

06c	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID 51859	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 76	5,26 %	2,07 – 12,77	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	3,03 %	2,70 – 3,40 %
----------------	--------	---------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

07 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - ID 51437 kathetergestützt

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 11	100,00 %	74,12 – 100,00	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 98,51 % 98,02 – 98,88 %

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

08 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - ID 51443 kathetergestützt

Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 9	100,00 %	70,09 – 100,00	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 99,51 % 99,12 – 99,72 %

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

09 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt

ID 51873

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 4,07 Fallzahl: 45	1,72 O / E	0,86 – 3,19	<= 3,03 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,89 – 1,12		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ⁽²⁾		Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt				
ID 51865	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Kathethers) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
6 / 3,62	1,66 O / E	0,78 – 3,25	Nicht definiert	k. A.	
Fallzahl: 45					
Bundesergebnis	1,00	0,87 – 1,15			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

⁽²⁾ = TKeZ: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

11 Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei ID 51448 asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	0,00 %	0,00 – 39,03	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 1,95 % 1,03 – 3,67 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

⁽²⁾ = TKeZ: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID 51860	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	k. A.
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	3,69 %	2,98 – 4,55 %
----------------	--------	---------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

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

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

11 Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei ID 51445 asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 5	0,00 %	0,00 – 43,45	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	1,71 %	1,28 – 2,29 %
----------------	--------	---------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

03b Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund

ID 60683

Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	0,00 %	0,00 – 48,99	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 12,24 % 11,01 – 13,58 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

03c Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund

ID 60684

Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

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

< 4	–	–	Nicht definiert	k. A.
---------------	---	---	-----------------	-------

Datenschutz^(x)

Bundesergebnis	11,97 %	11,05 – 12,96 %
----------------	---------	-----------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

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

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03d Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

ID 60685

Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

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

0 / 87	0,00 %	0,00 – 4,23	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------	--------	-------------	-------------------------------	--

Bundesergebnis	1,14 %	1,05 – 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


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

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: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03e Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie

ID 60686

Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 26	15,38 %	6,15 – 33,53	<= 40,23 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	20,03 %	19,39 – 20,68 %		

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


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04 ID 612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
64 / 74	86,49 %	76,88 – 92,49	>= 74,04 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,28 %	87,96 – 88,59 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden

ID 52283 Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	≤ 4,94 % (90. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 2,47 % 2,38 – 2,56 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-01 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation

ID 51906

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,38	0,00 O / E	0,00 – 1,67	<= 4,18	
Fallzahl: 243				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,10	1,03 – 1,17		
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 zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
C Qualitätssicherung

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
iqtig.org/qs-verfahren.



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-02 Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebsentfernung

ID 12874

Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 87	0,00 %	0,00 – 2,61	<= 5,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	1,22 %	1,11 – 1,33 %
----------------	--------	---------------

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 zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
PQ-03a	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund			
ID 10211	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	≤ 20,00 %	
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,64 %	7,23 – 8,07 %		
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 zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.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: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten

ID 52249

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
1001 / 830,16	1,21 O / E	1,15 – 1,26	<= 1,23 (90. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 2097				
Bundesergebnis	0,98	0,98 – 0,99		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
iqtig.org/qs-verfahren.



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05a Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

ID 321

Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 1601	0,31 %	0,13 – 0,73	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 0,23 % 0,22 – 0,24 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung

ID 51397

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 3,44 Fallzahl: 1601	1,45 O / E	0,62 – 3,40	Nicht definiert	k. A.
Bundesergebnis	1,07	1,01 – 1,12		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.

Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren>.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05c **Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung**

ID 51831

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,93 O / E	0,26 – 3,34	<= 6,00 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,06	0,95 – 1,18		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 **Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-01 Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

ID 330

Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
75 / 76	98,68 %	94,70 – 99,87	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 97,55 % 97,18 – 97,87 %

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 dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-02 Perioperative Antibiotikaphylaxe bei ID 50045 Kaiserschnittentbindung

Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
1010 / 1019	99,12 %	98,52 – 99,51	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,17 %	99,14 – 99,21 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr		

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-04 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

ID 1058 Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 48	0,00 %	0,00 – 7,41	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,32 %	0,23 – 0,46 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr		

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-06 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

ID 318 Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
224 / 229	97,82 %	95,71 – 99,03	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,17 %	96,96 – 97,37 %		
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 zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-07 Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen

ID 51803 Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
25 / 12,79	1,95 O / E	1,39 – 2,69	<= 2,32	
Fallzahl: 1775				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	1,02 – 1,08		

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 zu dieser Kennzahl

In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
C Qualitätssicherung

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
iqtig.org/qs-verfahren.



17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

ID 54030

Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 29	0,00 %	0,00 – 11,70	<= 15,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	14,12 %	13,85 – 14,40 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Sturzprophylaxe

ID 54050 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 18	88,89 %	67,20 – 96,90	>= 85,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 95,34 % 95,16 – 95,52 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung

ID 54033

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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

< 4	2,24 O / E	0,78 – 5,48	<= 2,24	
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	1,03	1,01 – 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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

ID 54029

Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	$\leq 4,50 \%$ (95. Perzentil)	→ unverändert
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis 1,27 % 1,18 – 1,36 %

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

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

→
unverändert

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

ID 54040

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,17	0,00 O / E	0,00 – 19,48	<= 4,28 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 29				

Bundesergebnis 0,91 0,83 – 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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

ID 54042

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 1,60 Fallzahl: 29	2,50 O / E	1,00 – 5,55	<= 2,17 (95. Perzentil)	 unverändert
Bundesergebnis	0,98	0,96 – 1,01		

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

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

07 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

ID 54046

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

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

< 4	5,37 O / E	1,86 – 13,70	<= 2,07	
Datenschutz ^(x)			(90. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	1,03	1,00 – 1,07
----------------	------	-------------

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

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig



unverändert

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

ID 51846 Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
169 / 177	95,48 %	91,34 – 97,69	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,46 %	97,34 – 97,57 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02a HER2-Positivitätsrate

ID 52268 Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
18 / 161	11,18 %	7,19 – 16,98	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 13,12 % 12,86 – 13,38 %

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

N02 Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

ID 50719

Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 14	0,00 %	0,00 – 21,53	<= 8,20 % (80. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 6,03 % 5,42 – 6,71 %

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


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06 Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

ID 51847 Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
74 / 76	97,37 %	90,90 – 99,28	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,44 %	96,23 – 96,63 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

07 Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

ID 51370

Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 16,36 %	
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,01 %	3,85 – 4,17 %		

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 zu dieser Kennzahl

Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
PQ-03a ID 52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			
Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
72 / 72	100,00 %	96,85 – 100,00	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,27 %	99,14 – 99,38 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
PQ-03b	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			
ID 52279	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	100,00 %	68,13 – 100,00	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,94 %	97,76 – 98,10 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:
[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).



18/1 – Mammachirurgie

Operative Behandlung von Brustkrebs

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

PQ-04 Primäre Axilladisektion bei DCIS

ID 2163 Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 21	0,00 %	0,00 – 15,46	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,09 %	0,04 – 0,19 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr		

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität 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/>.

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

[iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

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



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01a Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)

ID 52009

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
363 / 155,07	2,34 O / E	2,11 – 2,59	<= 2,31 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 50267				
Bundesergebnis	1,06	1,05 – 1,07		

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

U33 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
C Qualitätssicherung

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4
ID 52010	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)

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

< 4	–	–	Sentinel-Event ^(y)	
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	0,01 %	0,01 – 0,01 %
----------------	--------	---------------

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

U32	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	
	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	unverändert

Kommentar der Pflegedirektion

Bei den wenigen Fällen mit einem in der Uniklinik erworbenen Dekubitus Kategorie 4 handelt es sich um besonders schwere Einzelfälle. Diese wurden der Landesgeschäftsstelle QS NRW bei der Ärztekammer Nordrhein zur Prüfung vorgestellt. Es gab keine Beanstandung der pflegerischen Qualität.

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 2282

Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	≤ 2,61 % (95. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 0,66 % 0,51 – 0,87 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Intraprozedurale Komplikationen

ID 52006 Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	≤ 2,06 % (95. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 0,53 % 0,39 – 0,71 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

→
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

03 Postoperative Mediastinitis

ID 241800 Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 163	0,00 %	0,00 – 2,30	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 0,16 % 0,09 – 0,27 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl 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

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

04 Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)

ID 2280

Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 134	0,00 %	0,00 – 2,79	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 0,11 % 0,05 – 0,23 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

ID 341

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	2,42 %	2,11 – 2,78 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

06 Status am 30. postoperativen Tag

ID 345 Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
150 / 163	92,02 %	86,83 – 95,28	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 74,23 % 73,28 – 75,15 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 12001

Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 2,13 %	➔
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	unverändert

Bundesergebnis 0,69 % 0,58 – 0,81 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Intraprozedurale Komplikationen

ID 51916 Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 354	2,26 %	1,15 – 4,40	<= 5,50 % (95. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 2,41 % 2,21 – 2,62 %

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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Gefäßkomplikationen

ID 52007 Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 354	2,54 %	1,34 – 4,76	<= 4,59 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,80 % 1,63 – 1,99 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

04 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

ID 11995

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 353	3,12 %	1,75 – 5,49	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 2,59 % 2,38 – 2,82 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)

Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05 Status am 30. postoperativen Tag

ID 11997 Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
331 / 354	93,50 %	90,44 – 95,63	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 67,86 % 67,23 – 68,49 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna
ID 332	Patientinnen und Patienten, bei denen die linksseitige Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (Bypass) verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
702 / 725	96,83 %	95,28 – 97,88	>= 90,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 95,85 % 95,61 – 96,07 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 2259

Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund der geplanten oder dringenden notwendigen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	≤ 1,70 % (95. Perzentil)	→ unverändert
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,68 %	0,58 – 0,78 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

→
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen			
ID 11617	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
21 / 15,83	1,33 O / E	0,87 – 2,01	<= 2,00	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 801			(90. Perzentil)	
Bundesergebnis	1,07	1,01 – 1,14		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

04 Postoperative Mediastinitis

ID 241801 Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	k. A.
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,29 %	0,23 – 0,35 %		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl 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

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05 Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)

ID 2257

Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	k. A.
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,25 %	0,19 – 0,31 %		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl 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

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

06 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

ID 349

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 75	1,52 %	0,85 – 2,70	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 1,93 % 1,77 – 2,09 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

07	Status am 30. postoperativen Tag
ID 353	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
777 / 801	97,00 %	95,58 – 97,98	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	73,63 %	73,15 – 74,10 %
----------------	---------	-----------------

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Koronarchirurgie, isoliert

Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

08 Sterblichkeit nach 30 Tagen

ID 351 Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
20 / 777	2,57 %	1,67 – 3,94	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 3,29 % 3,02 – 3,58 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 2286

Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 4,60 %	➔
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	unverändert

Bundesergebnis 1,20 % 0,91 – 1,56 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen

ID 12193

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

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

7 / 6,22

Fallzahl: 119

1,13 O / E

0,55 – 2,23

<= 1,98

(90. Perzentil)



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis

1,04

0,92 – 1,18

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 dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

03 Postoperative Mediastinitis

ID 241802 Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Entzündung im Brustkorb nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 119	0,00 %	0,00 – 3,13	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 0,40 % 0,26 – 0,62 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

⁽²⁾ = TKeZ: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

04 Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)

ID 2284

Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 102	0,00 %	0,00 – 3,63	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	0,40 %	0,24 – 0,66 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl 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 Transparenzkennzahl zu einer Unterschätzung der Anzahl aufgetretener Ereignisse kommen.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation

ID 360

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

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 114	6,14 %	3,01 – 12,13	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	3,86 %	3,35 – 4,45 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

06 Status am 30. postoperativen Tag

ID 11391 Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
113 / 119	94,96 %	89,44 – 97,67	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 75,98 % 74,77 – 77,15 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen- Erstimplantation

ID 54001

Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
99 / 101	98,02 %	93,07 – 99,46	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,13 %	97,05 – 97,20 %		

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - ID 54002 Komponentenwechsel

Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
21 / 21	100,00 %	84,54 – 100,00	>= 86,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,36 %	91,99 – 92,72 %		

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
03	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur				
ID 54003	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4	—	—	<= 15,00 %		
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	13,75 %	13,48 – 14,03 %			
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 zu dieser Kennzahl

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 Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 Sturzprophylaxe

ID 54004 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
90 / 90	100,00 %	95,91 – 100,00	>= 85,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,81 %	95,72 – 95,90 %		

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 dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05b Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation

ID 54016

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 100	6,00 %	2,78 – 12,48	<= 5,72 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,51 % 1,46 – 1,57 %

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

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig



unverändert

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI		Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05c	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
ID 54017	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4	–	–	<= 15,15 % (95. Perzentil)		
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	6,18 %	5,84 – 6,54 %			
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			unverändert	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
06a ID 54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 11,41 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	4,62 %	4,45 – 4,79 %			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
06b ID 54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation				
Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
7 / 101	6,93 %	3,40 – 13,62	<= 7,50 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	2,35 %	2,28 – 2,42 %			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

07 Beweglichkeit bei Entlassung

ID 54010 Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
100 / 100	100,00 %	96,30 – 100,00	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 98,10 % 98,03 – 98,16 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

⁽²⁾ = TKeZ: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
08 ID 54012	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)					
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4 Datenschutz ^(x)	1,14 O / E	0,39 – 3,22	<= 2,40 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	1,00	0,98 – 1,02			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
09 ID 54013	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit				
Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 118	0,00 %	0,00 – 3,15	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	0,21 %	0,19 – 0,23 %			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthaltes 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“.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

10 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

ID 10271

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

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

< 4

0,87 O / E

0,05 – 3,84

<= 3,12

Datenschutz ^(x)

(95. Perzentil)



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis

1,10

1,06 – 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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
C Qualitätssicherung

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

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



HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD

ID 52385

Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 5	0,00 %	0,00 – 43,45	<= 20,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,78 %	5,28 – 8,66 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Sepsis bei Implantation eines LVAD

ID 52388 Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 20,00 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	9,93 %	8,10 – 12,12 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig



unverändert

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



HTXM-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

ID 52391 Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 5	0,00 %	0,00 – 43,45	<= 5,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,70 %	0,32 – 1,52 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 2157 Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 20,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	13,80 %	10,34 – 18,19 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12253 Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 75,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	84,77 %	79,72 – 88,75 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 75,00 %	 unverändert
Bundesergebnis	82,73 %	77,55 – 86,92 %		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12269 Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 7	57,14 %	25,05 – 84,18	>= 70,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 75,63 % 70,26 – 80,29 %

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

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

ID 51631

Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 7	57,14 %	25,05 – 84,18	>= 70,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 74,04 % 68,65 – 78,78 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

S99 Sonstiges

Alle Fälle wurden bereits im Vorjahr bzw. werden in einem anderen Indikator evaluiert.

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12289 Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 65,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	73,26 %	67,71 – 78,16 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

S99 Sonstiges

Alle Fälle wurden bereits in den Vorjahren evaluiert.

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HTXM-TX – Herztransplantation

Herztransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
07 ID 51633	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 65,00 %		unverändert
Bundesergebnis	72,20 %	66,65 – 77,15 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
S99	Sonstiges				
	Alle Fälle wurden bereits in den Vorjahren evaluiert.			eingeschränkt/ nicht vergleichbar	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Indikation zur elektiven Knieendoprothesen- Erstimplantation

ID 54020

Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
96 / 98	97,96 %	92,86 – 99,44	>= 90,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 97,82 % 97,75 – 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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

ID 54021 Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 13	100,00 %	77,19 – 100,00	>= 90,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 96,43 % 96,17 – 96,68 %

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. - ID 54022 Komponentenwechsel

Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
23 / 24	95,83 %	79,76 – 99,26	>= 86,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	93,31 %	92,87 – 93,72 %		

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 zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04a Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

ID 54123

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 111	5,41 %	2,50 – 11,29	<= 5,00 % (95. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 1,40 % 1,35 – 1,46 %

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

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04b Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel

ID 50481

Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 10,37 %	
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,24 %	2,95 – 3,55 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05a Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation

ID 54124

Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 111	0,00 %	0,00 – 3,35	<= 3,89 % (95. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 1,05 % 1,00 – 1,10 %

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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
05b ID 54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel				
Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 13,33 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	4,59 %	4,25 – 4,96 %			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden:

iqtig.org/qs-verfahren.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

06 Beweglichkeit bei Entlassung

ID 54026 Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
108 / 110	98,18 %	93,61 – 99,50	Nicht definiert	k. A.
Bundesergebnis	92,92 %	92,79 – 93,04 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
07 ID 54028	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung				
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)					
Observed / Expected		Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,34 Fallzahl: 118		0,00 O / E	0,00 – 10,92	<= 3,79 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis		0,89	0,83 – 0,95		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
08 ID 54127	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit				
Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 121	0,00 %	0,00 – 3,08	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			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

09 Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf

ID 54128

Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
51 / 51	100 %	94,30 – 100,00	>= 98,54 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,79 %	99,76 – 99,81 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Tod durch operative Komplikationen

ID 2097 Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 11	0,00 %	0,00 - 25,88	<= 5,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 1,34 % 0,75 – 2,38 %

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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 11	0,00 %	0,00 - 25,88	<= 20,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 11,18 % 9,20 – 13,51 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12349 Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 9	100,00 %	70,09 - 100,00	>= 70,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 85,71 % 82,98 – 88,07 %

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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

ID 51596

Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 9	100,00 %	70,09 - 100,00	>= 70,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 82,32 % 79,45 – 84,87 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12365 Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 9	88,89 %	56,50 - 98,01	>= 62,31 % (10. Perzentil)	→ unverändert
Bundesergebnis	78,71 %	75,76 – 81,40 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06 2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

ID 51599

Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 9	88,89 %	56,50 - 98,01	>= 61,82 % (10. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 77,56 % 74,58 – 80,28 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

07 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12385 Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 5	80,00 %	37,55 - 96,38	>= 59,50 % (10. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	75,29 %	72,14 – 78,19 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

08 3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)

ID 51602

Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 5	80,00 %	37,55 - 96,38	>= 57,62 % (10. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 72,76 % 69,58 – 75,72 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



LTX – Lebertransplantation

Lebertransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

09 Postoperative Verweildauer

ID 2133 Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 30,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 24,76 % 21,79 – 28,00 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen 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
----	---

04 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12413 Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 65,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	80,73 %	76,11 – 84,64 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

S99 Sonstiges

Alle Fälle wurden bereits in den Vorjahren evaluiert.

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen 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				
05 ID 51639	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 65,00 %		unverändert
Bundesergebnis	80,49 %	75,86 – 84,41 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
S99	Sonstiges				
	Alle Fälle wurden bereits in den Vorjahren evaluiert.			eingeschränkt/ nicht vergleichbar	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen 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
----	---

06 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12433 Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 60,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	72,13 %	66,67 – 76,99 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

S99 Sonstiges

Alle Fälle wurden bereits in den Vorjahren evaluiert.

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen 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				
07 ID 51641	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 60,00 %		unverändert
Bundesergebnis	71,63 %	66,17 – 76,51 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
S99	Sonstiges				
	Alle Fälle wurden bereits in den Vorjahren evaluiert.			eingeschränkt/ nicht vergleichbar	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01a Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

ID 51070

Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 834	1,20 %	0,65 – 2,19	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,34 % 0,31 – 0,38 %

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

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

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



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

01b Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

ID 51832

Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 126	6,35 %	3,25 – 12,03	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 3,95 % 3,60 – 4,34 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾		Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
01c	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
ID 51837	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Observed / Expected		Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 8,39		0,95 O / E	0,49 – 1,81	Nicht definiert	k. A.
Fallzahl: 126					
Bundesergebnis		0,92	0,84 – 1,01		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl	
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.	
Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .	
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.	
Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren .	
Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.	

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

02a Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
ID 51076

Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 124	7,26 %	3,87 – 13,22	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 3,33 % 3,00 – 3,68 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾		Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02b		Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an			
ID 50050	Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)				
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)					
Observed / Expected		Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 5,87		1,53 O / E	0,82 – 2,79	Nicht definiert	k. A.
Fallzahl: 124					
Bundesergebnis		0,98	0,89 – 1,09		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

03a Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen

ID 51838

Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 139	0,00 %	0,00 – 2,69	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 2,16 % 1,91 – 2,43 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = Tkez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾		Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03b	ID 51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen			
		Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)			
Observed / Expected		Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 3,93		0,00 O / E	k. A.	Nicht definiert	k. A.
Fallzahl: 139					
Bundesergebnis		0,90	0,80 – 1,02		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

05a Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

ID 51079

Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 104	4,81 %	2,07 – 10,76	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	5,54 %	5,07 – 6,07 %
----------------	--------	---------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = Tkez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾ 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)	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)			
		Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) Entwicklung zum Vorjahr
		5 / 8,63	0,58 O / E	0,25 – 1,30	Nicht definiert k. A.
Fallzahl: 104					
Bundesergebnis		0,95	0,87 – 1,04		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

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

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

06a	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
ID 51078	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 86	4,65 %	1,82 – 11,36	Nicht definiert	k. A.
Bundesergebnis	3,44 %	3,03 – 3,91 %		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = Tkez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Tkez ⁽²⁾ 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)	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)			
		Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)
		4 / 4,81	0,83 O / E	0,33 – 2,03	Nicht definiert
	Fallzahl: 86				k. A.
	Bundesergebnis	0,92	0,81 – 1,05		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog				Vergleich zum Vorjahr

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.
Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf .
Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. 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 Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl 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 Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können.
Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren .
Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

07 Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

ID 51901 Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
18 / 23,31 Fallzahl: 140	0,77 O / E	0,50 – 1,17	<= 1,91 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,93	0,88 – 0,98		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 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 et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden.



Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

[Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA – Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c.

Dimick, JB; Welch, H; 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): 847-851. 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

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08 ID 50060	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder) Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 20,49 Fallzahl: 785	0,34 O / E	0,17 – 0,70	<= 2,79 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,92	0,87 – 0,97		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
09	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)				
ID 50062	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
18 / 24,15	0,74 O / E	0,47 – 1,17	<= 2,54 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Fallzahl: 700					
Bundesergebnis	0,92	0,87 – 0,98			
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

10 Zunahme des Kopfumfangs

ID 52262 Wachstum des Kopfes

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
41 / 174	23,56 %	17,87 – 30,40	<= 21,74 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,05 %	9,58 – 10,53 %		

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

U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

11 Durchführung eines Hörtests

ID 50063 Ein Hörtest wurde durchgeführt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
923 / 972	94,96 %	93,40 – 96,17	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,86 %	97,77 – 97,95 %		

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



Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Wegen Wegfall von geschultem Personal konnte in einigen Fällen von sehr schnell entlassenen Kindern kein Hörtest durchgeführt werden. Zwischenzeitlich sind mehrere neue Mitarbeiter geschult worden, so dass das Problem gelöst sein sollte.

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

12 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

ID 50069

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 8,05 Fallzahl: 136	0,99 O / E	0,51 – 1,89	<= 2,52 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,90 – 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


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

12 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C

ID 50074

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 29,22 Fallzahl: 815	0,55 O / E	0,34 – 0,88	<= 2,04 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,95	0,92 – 0,98		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Intra- oder postoperative Komplikationen

ID 51567 Komplikationen während oder nach der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 41	0,00 %	0,00 - 8,57	<= 10,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 1,57 % 0,86 – 2,87 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 2137 Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 41	0,00 %	0,00 - 8,57	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,16 %	0,03 – 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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 30	0,00 %	0,00 - 11,35	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,38 %	0,11 – 1,39 %		
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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende

ID 51568

Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)

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

0 / 30	0,00 %	0,00 - 11,35	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------	---------------	--------------	-------------------------------	---

Bundesergebnis	5,29 %	3,71 – 7,50 %
----------------	--------	---------------

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05 ID 12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 30	0,00 %	0,00 - 11,35	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,17 %	0,03 – 0,98 %		
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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06 Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende

ID 51569

Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)

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

0 / 30	0,00 %	0,00 - 11,35	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------	---------------	--------------	-------------------------------	---

Bundesergebnis	4,36 %	2,99 – 6,30 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich		

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebendspende

Nierenlebendspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
07 ID 12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 28	0,00 %	0,00 - 12,06	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,16 %	0,03 – 0,92 %		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			 unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

08 Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebenspende

ID 51570

Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)

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

0 / 28	0,00 %	0,00 - 12,06	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------	---------------	--------------	-------------------------------	---

Bundesergebnis	5,12 %	3,67 – 7,11 %
----------------	--------	---------------

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


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebendspende

Nierenlebendspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

09 Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich

ID 2138

Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 41	0,00 %	0,00 - 8,57	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,16 %	0,03 – 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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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.



NLS – Nierenlebendspende

Nierenlebendspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

10 Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)

ID 12636

Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Spende nur eingeschränkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 24	0,00 %	0,00 - 13,80	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,00 % 0,00 – 0,82 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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



NLS – Nierenlebendspende

Nierenlebendspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

11 Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)

ID 12640

Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 25	0,00 %	0,00 - 13,32	Sentinel-Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,20 % 0,03 – 1,10 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

12 Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebenspende)

ID 12644

Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 19	0,00 %	0,00 - 16,82	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 zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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



NLS – Nierenlebenspende

Nierenlebenspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

13 Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach ID 51997 Nierenlebenspende

Innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 20,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	5,20 %	3,46 – 7,75 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.

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



NLS – Nierenlebendspende

Nierenlebendspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

14 Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach ID 51998 Nierenlebendspende

Innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende hatte die
Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 20	0,00 %	0,00 - 16,11	<= 20,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,37 %	5,29 – 10,16 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



NLS – Nierenlebendspende

Nierenlebendspende

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

15 Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach ID 51999 Nierenlebendspende

Innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 18	0,00 %	0,00 - 17,59	<= 20,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	8,37 %	6,21 – 11,19 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



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)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 81	7,41 %	3,44 – 15,23	<= 25,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 17,13 % 15,60 – 18,79 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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 Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 5,00 %	→ unverändert
Bundesergebnis	1,21 %	0,83 – 1,77 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 2144 Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
50 / 52	96,15 %	87,02 – 98,94	>= 90,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 97,10 % 96,20 – 97,79 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04 ID 51560	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
50 / 53	94,34 %	84,63 – 98,06	>= 90,00 %	→ unverändert
Bundesergebnis	91,68 %	90,32 – 92,86 %		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			→ unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

05 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12199 Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
56 / 59	94,92 %	86,08 – 98,26	>= 85,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 93,34 % 92,13 – 94,37 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06 ID 51561	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
56 / 59	94,92 %	86,08 – 98,26	>= 85,00 %	→ unverändert
Bundesergebnis	90,30 %	88,92 – 91,53 %		
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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

07 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12237 Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
53 / 55	96,36 %	87,68 – 99,00	>= 80,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 92,05 % 90,79 – 93,16 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
08 ID 51562	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
53 / 55	96,36 %	87,68 – 99,00	>= 80,00 %	→	unverändert
Bundesergebnis	88,77 %	87,34 – 90,06 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			→	unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
09 ID 2184	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende bis zur Entlassung Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
37 / 40	92,50 %	80,14 – 97,42	>= 60,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	75,96 %	73,72 – 78,07 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
10	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung				
ID 2185	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer lebenden Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
39 / 40	97,50 %	87,12 – 99,56	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	96,55 %	94,83 – 97,71 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
11 ID 2188	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortalen Organspende Die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
34 / 39	87,18 %	73,29 – 94,40	>= 70,00 %	➔ unverändert	
Bundesergebnis	86,13 %	84,24 – 87,83 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

12 **Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende**

ID 2189

Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
38 / 40	95,00 %	83,50 – 98,62	>= 80,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 98,42 % 97,11 – 99,14 %

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
13	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)				
ID 12809	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 50	0,00 %	0,00 – 7,13	<= 10,40 % (90. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	5,68 %	4,66 – 6,89 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

14	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status
ID 12810	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	k. A.
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	5,55 %	4,58 – 6,71 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

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

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Tkez ⁽²⁾	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

15	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status
ID 12811	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, bei denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	k. A.
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	7,31 %	6,21 – 8,58 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

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

⁽²⁾ = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

16 Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

ID 12729

Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
50 / 50	100,00 %	92,87 – 100,00	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 96,54 % 95,51 – 97,35 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: iqtig.org/qs-verfahren.

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

17 **Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)**

ID 12735

Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
50 / 52	96,15 %	87,02 – 98,94	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 94,44 % 93,23 – 95,45 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

18 Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

ID 12741

Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
45 / 45	100,00 %	92,13 – 100,00	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 94,89 % 93,72 – 95,85 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01a Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

ID 2005

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
145 / 147	98,64 %	95,18 – 99,63	>= 95,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 98,49 % 98,45 – 98,54 %

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

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

01b Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)

ID 2006

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
127 / 129	98,45 %	94,52 – 99,57	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 98,54 % 98,49 – 98,58 %

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

01c Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)

ID 2007

Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
18 / 18	100,00 %	82,41 – 100,00	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis	97,25 %	96,91 – 97,56 %
----------------	---------	-----------------

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

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)
ID 2009	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
112 / 120	93,33 %	87,39 – 96,58	>= 90,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis	95,10 %	95,01 – 95,18 %
----------------	---------	-----------------

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

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 Indikatoregebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

03	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)
ID 2013	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
30 / 42	71,43 %	56,43 – 82,83	>= 90,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis	93,87 %	93,74 – 93,99 %
----------------	---------	-----------------

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

H20	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewies	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung

ID 2028

Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
92 / 92	100,00 %	95,99 – 100,00	>= 95,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 95,56 % 95,47 – 95,66 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

➔
unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05 ID 50778	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen			
Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
20 / 14,62 Fallzahl: 147	1,37 O / E	0,90 – 2,02	<= 1,58 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,06	1,05 – 1,07		
Kategorie	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06b Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

ID 50722 Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
98 / 136	72,06 %	63,99 – 78,91	>= 95,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 96,49 % 96,42 – 96,55 %

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

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin - Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Leider hat sich trotz der fortgeführten Maßnahmen einschließlich eines Vorstandsbeschlusses zur Messung der Atemfrequenz bei allen Patientenaufnahmen, nicht nur in der Zentralen Notaufnahme, die Rate unterjährig verschlechtert. Dies ist durch die allgemeine Einführung einer neuen Software für sehr viele Anwender erklärbar. Nach Schulung und Eingewöhnung können wir wieder steigende Raten beobachten.

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

01 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 2143 Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	0,00 %	0,00 – 48,99	<= 5,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	5,42 %	2,88 – 9,98 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

02 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12493 Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,45 %	87,27 – 95,63 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 51524	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse) Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	89,09 %	83,42 – 92,99 %		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

04 2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12509 Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	100,00 %	60,97 – 100,00	>= 80,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 92,75 % 88,19 – 95,63 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)			
ID 51544	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	100,00 %	60,97 – 100,00	>= 80,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,79 %	87,09 – 94,89 %		
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

06 3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 12529 Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00	>= 75,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,43 %	83,47 – 92,04 %		

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
07	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)				
ID 51545	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr	
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00	>= 75,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	87,61 %	82,58 – 91,35 %			
Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

08 Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

ID 2145 Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00	>= 75,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 85,35 % 78,98 – 90,04 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
----	---

09 Entfernung des Pankreastransplantats

ID 2146 Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	0,00 %	0,00 – 48,99	<= 20,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	11,45 %	7,45 – 17,18 %		

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 dieser Kennzahl

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. 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: iqtig.org/qs-verfahren.



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

10 Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)

ID 12824

Die Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 87,76 % 81,47 – 92,11 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

11 Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)

ID 12841

Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	100,00 %	60,97 – 100,00	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 82,42 % 76,23 – 87,26 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Tkez ^(z)	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
---------------------	---

12 Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)

ID 12861

Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin / dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 4	100,00 %	51,01 – 100,00	Nicht definiert	k. A.

Bundesergebnis 79,27 % 73,01 – 84,39 %

Kategorie	Bewertung der Bundesfachgruppe beim IQTIG im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Fachlicher Hinweis des IQTIG zu dieser Kennzahl

Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis 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 Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: [iqtig.org/qs-verfahren](https://www.iqtig.org/qs-verfahren).

^(z) = TKez: Transparenzkennzahl (siehe Fachlicher Hinweis des IQTIG)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2018
C Qualitätssicherung

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

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20. Juni 2019 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 20. Juni 2019 ist eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse nicht vorgesehen.



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

Trifft nicht zu

In Nordrhein-Westfalen gibt es kein Verfahren zur externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.

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

Leistungsbereich
Brustkrebs

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Neben verschiedenen fachabteilungsspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z. B. der NeoKiss-Erhebung (Surveillance System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen) nimmt die Uniklinik Köln an keinen weiteren Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil. Diese Verfahren waren bis 2003 im Rahmen des BQS-Verfahrens (externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (a. F.) verpflichtend, werden aber seitdem nicht mehr weiterentwickelt.



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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmeregelung
Knie-TEP	50	107	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	198	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	75	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)	–	–
Lebertransplantation	20	43	nein
Nierentransplantation	25	84	nein
Stammzelltransplantation	25	195	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	104	nein

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

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	Leistungsberechtigung
Knie-TEP	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)
Lebertransplantation	ja
Nierentransplantation	ja
Stammzelltransplantation	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	ja

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.



C-5.2.2

Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge (2018)	Leistungsmenge(**) Quartale 3 – 4, 1 – 2
Knie-TEP	50	107	108
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	198	179
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	75	80
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)	–	–
Lebertransplantation	20	43	35
Nierentransplantation	25	84	65
Stammzelltransplantation	25	195	185
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	104	96

(*) = 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.

(**) = Für die Prognosedarlegung wird eine Leistungsmenge aus den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres berechnet.

C-5.2.3

Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose):

Leistungsbereich	Prognose bestätigt
Knie-TEP	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)
Lebertransplantation	ja
Nierentransplantation	ja
Stammzelltransplantation	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	ja

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.



C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	Ausnahmetatbestand
Knie-TEP	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)
Lebertransplantation	nein
Nierentransplantation	nein
Stammzelltransplantation	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt:

Leistungsbereich	Sondergenehmigung
Knie-TEP	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)
Lebertransplantation	nein
Nierentransplantation	nein
Stammzelltransplantation	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.



C-5.2.6

Übergangsregelung

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	Übergangsregelung
Knie-TEP	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)
Lebertransplantation	nein
Nierentransplantation	nein
Stammzelltransplantation	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.



C-6

Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 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 vertrautes fachärztl. und erfahrenes ärztl. Personal auf den Stationen sowie Pflegefachkräfte in der Intensivpflege betreuen die Pat. 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 2018 104 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 § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V Die herzchirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Kinderkardiologie des Herzzentrums ist personell, technisch und räumlich sichergestellt. Ein multiprofessionelles Team (Kinderherzchirurgie und Kinderkardiologie, Anästhesiologie, Kardiotechnik, Pflegefachkräften, Physiotherapie und Diplom-Sozialpädagogen) sowie modernste Technik mit Katheterlabor, MRT, extrakorporaler Membranoxygenisation, intraoperativer Echokardiographie und Herz-Lungenmaschine stehen zur Verfügung.



Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziiert autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk Die Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie erfüllt die Voraussetzung für die Erbringung der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantationen (ACI-M) am Kniegelenk vollumfänglich. Die Anforderungen, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gestellt werden, werden gemäß § 3 Absatz 1 und 3 (Qualifikation des ärztlichen Personals, des nicht-ärztlichen Personals und die Anforderungen an die Zellaufbereitung) erfüllt.
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie 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.
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 Stammzelltransplantation 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.
CQ25	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 – Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin – ist personell, technisch und räumlich sicher aufgestellt. Ein multiprofessionelles Team (Herzchirurgie, Kardiologie, Anästhesiologie, Kardiotechnik, Pflegefachkräfte, Physiotherapie und Diplom-Sozialpädagogen) sowie modernste Technik (Katheterlabor, MRT, extrakorporale Membranoxygenisation, intraoperative Echokardiographie, 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	842
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	398
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben ²	360

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 Forscherinnen und 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 Medizinstudierenden 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 Studierenden in Kleingruppen intensiv betreut. Damit soll die Qualität der Lehre gestärkt werden, so dass die Studierenden 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 Studierenden 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 Mitarbeiterinnen und 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.

Die Struktur der Uniklinik mit vier Abteilungen der Zahnheilkunde, 27 bettenführenden Kliniken, 16 klinischen Instituten und 19 vorklinischen und forschenden Instituten ist sehr vielfältig. Die Verantwortung für die medizinische Leistung und Behandlung der Patientinnen und Patienten liegt in der Verantwortung der jeweiligen Abteilungsleitungen. Daher werden in den Abteilungen Qualitätsmanagementsysteme nach DIN oder den spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaften entwickelt und aufrechterhalten.

Zum Management der Schnittstellen bestehen festgelegte Strukturen, wie ICU-Board, OP-Board, Schockraumkonferenz und eine Vielzahl von Tumorkonferenzen.

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 Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Bereiche
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Lob- und Beschwerdemanagement
- Für Schadensfälle ist ein Verfahren etabliert, das einerseits vom London-Protokoll abgeleitet ist, und andererseits Elemente der Flugunfalluntersuchungen übernommen hat. Bei Verdacht auf Schadensfälle werden die Untersuchungen eingeleitet.
- 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besucht wurde, davon nahmen ca. 1.100 Mitarbeiter/-innen an Reanimationsschulungen im Skills Lab teil.
- Die Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde um ein spezielles monatliches Angebot für Wissenschaftler/-innen und Ärztinnen/Ärzte erweitert. Am 2. Arbeitstag eines jeden Monats erhalten die neuen wissenschaftlichen und ärztlichen Mitarbeiter/-innen 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/-innen 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 einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach SGB V der Bundesebene, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), und der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (QS NRW) bzw. der Landesarbeitsgemeinschaft NRW (LAG Qesü NRW) zusammengeführt und koordiniert.



D-4

Instrumente des Qualitätsmanagements

Klinisches Risikomanagement

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

Diese Risiken müssen erkannt und aufgedeckt werden, bevor ein Schaden für die Patientin oder den Patienten entsteht. Meistens sind solche Risiken nicht offensichtlich und es ist eine besondere Aufgabe sie rechtzeitig zu entdecken. Deshalb werden unterschiedliche Rückkopplungssysteme entwickelt und aufrechterhalten. Damit sollen der Vorstand und andere Verantwortliche der Patientenbehandlung direkte Informationen bekommen, die nicht auf den dienstlichen Informationswegen basieren. Die Rückkopplungssysteme sollen für alle betroffenen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter oder Patientinnen/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/-innen anonym und sanktionsfrei Risiken für Patientinnen/Patienten und Mitarbeiterinnen/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 anonymen 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 2018 gleichbleibend hoch bei 669 Meldungen. Besonders beachtlich ist die hohe Quote von über 80 % der Meldungen, bei denen die Mitarbeiter/-innen 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 Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und Besucherinnen und Besucher des Klinikums zuständig. Sie erzählen von guter Behandlung und Pflege und berichten von Missständen, Störungen und ggf. auch Fehlverhalten von Mitarbeiterinnen und 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 Patientinnen und Patienten und Angehörige haben sich in 2018 zu über 13.000 einzelnen Themen geäußert.



- **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, auch 2018, über 5.500 Patientinnen und 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.
- 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 der hygienebeauftragten Ärztin oder dem hygienebeauftragten Arzt und der hygienebeauftragten Pflegekraft. Dann werden die Risiken identifiziert und bewertet. Dazu werden auch weitere Fachleute wie Apothekerinnen und Apothekern hinzugezogen. Nach der Risikobewertung werden zusammen mit Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden der Klinik Maßnahmen zu Risikominderung entwickelt. Dieses Vorgehen wurde in 2012 etabliert. In 2018 wurden 4 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 Nutzerinnen und 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 458 im Jahre 2018 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 2018 wurden 12 Konferenzen 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 Rechtsmedizin
- 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 jeder Mitarbeiterin und 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.

Zertifizierungen

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 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 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie	Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt – CAOGI DGAV GmbH
Referenzzentrum Chirurgische Endoskopie Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie	Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt – CAOGI DGAV GmbH
Referenzzentrum Chirurgische Endoskopie Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie	Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt – CAOGI DGAV GmbH



Kliniken und Zentren	Zertifikate
KMT– Stammzelltransplantation 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)
Überregionale Stroke Unit 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
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Vorgaben der Initiative Endo Cert im Bereich der endoprothetischen Versorgung ClarCert GmbH
Hypertonie-Zentrum DHL 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 Sektion „Hypertonie-Zentrum DHL“
Hypertonie-Zentrum DHL Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Qualitätsstandard der Deutschen Hochdruckliga e. V. DHL Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention Sektion „Hypertonie-Zentrum DHL“
Universitäre Nephrologische Schwerpunktlinik 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) 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) 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) 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 Elektrophysiologie 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
Cardiac Arrest Center Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	Qualitätskriterien des Deutschen Rats für Wiederbelebung (GRC) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) CERT iQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboterassistierte Chirurgie Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, und Tumorchirurgie Klinik und Poliklinik für Neurologie Ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation, Uni-Reha GmbH	Fachliche Anforderungen an zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentren der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – DGGG, der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie – DGK gemeinsam mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie – CACP, der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV, der Deutschen Gesellschaft für Urologie – DGU und der Deutschen Kontinenz Gesellschaft CERT iQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH im Auftrag der Zertifizierungskommission der Gesellschaften
Prostatazentrum Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboterassistierte Chirurgie im Verbund mit fünf urologischen Praxen (Kooperationspartner) in Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Prostatazentren im DVPZ e. V. Zertifizierungsstelle des Dachverbands der Prostatazentren Deutschlands e. V. – DVPZ
Onkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum 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 Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Anforderungen des Landes NRW für Brustzentren ÄKZert der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster



Kliniken und Zentren	Zertifikate
Gynäkologisches Krebszentrum und Brustkrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren und Brustkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Gynäkologische Dysplasie-Einheit im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum 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 Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Hautkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kinderonkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kinderonkologie OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kopf-Hals-Tumorzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kopf-Hals-Tumorzentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Lungenkrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Lungenkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Neuroonkologisches Tumorzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Neuroonkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Prostatakrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Prostatakrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Sarkomzentrum für Weichteil- und Knochensarkome im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Sarkomzentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.



Kliniken und Zentren	Zertifikate
Viszeralonkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln • Darmkrebszentrum • Leberkrebszentrum • Magenkrebszentrum • Pankreaskarzinomzentrum • Ösophaguskrebszentrum	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Viszeralonkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
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 Societies – EANS Joint Residency and Advisory Accreditation Committee
Zentrum für Schädelbasischirurgie an der Uniklinik Köln (Zusammenarbeit des Zentrums für Neurochirurgie, der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, des Neuroonkologischen Tumorzentrums, der Sektion Neuroradiologie am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, des Zentrums für Augenheilkunde und des Instituts für Neuropathologie)	Kriterien der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e. V. – GSB Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e. V.
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
Institut für Humangenetik für Molekulargenetische Diagnostik sowie für Humangenetische Beratung, Probengewinnung, Molekulargenetische Gutachten und Beratungsbriege	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH



Kliniken und Zentren	Zertifikate
Institut für Klinische Chemie für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik mit den Untersuchungsgebieten Klinische Chemie, Immunologie, Humangenetik (Molekulare Humangenetik), Mikrobiologie, Virologie, Transfusionsmedizin, Patientennahe Untersuchungen (POCT)	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 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
DRG-Schwerpunktzentrum für Kardiovaskuläre Bildgebung 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 Forensik, Kriminaltechnik, Gesundheitsversorgung (Nukleinsäureanalytik) bzw. für Inspektionen im Bereich Forensik	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025 und 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
uk-it für IT-Systeme, die flächendeckend für kritische Dienstleistungen der medizinischen Versorgung eingesetzt werden	ISMS nach ISO/IEC 27001 TÜV Rheinland Cert GmbH
Sozialdienst für psychosoziale Beratung und Entlassmanagement	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH



Kliniken und Zentren	Zertifikate
MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH für • MVZ Zentrales Management • MVZ I Orthopädie, Pränatalmedizin, Humangenetik, Kryobank • MVZ II Augenheilkunde, Onkologie, Palliativmedizin, Psychotherapie, Infektiologie, Neurologie • MVZ III Neurochirurgie • MVZ IV Hormonlabor, Nuklearmedizin, Radiologie • MVZ Praxis am Stadtwaldgürtel Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie internationaler Patienten • RZK – Radiologisches Zentrum am Universitätsklinikum Köln gGmbH Radiologische Diagnostik im CT	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH
MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH für das ambulante OP-Zentrum, OP 4	Hygienevorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein einschließlich krankenhaushygienischer Standards Deutsches Beratungszentrum für Hygiene
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
medfacilities Betrieb GmbH für Dienstleistungen für Einrichtungen im Gesundheits- und Forschungswesen mit den Schwerpunkten Betriebstechnik, Medizintechnik, Einweisungsmanagement (Medizingeräte) und Beratungsleistungen	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 TÜV Rheinland Cert GmbH
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
UKC Universitätsklinikum Köln Catering GmbH für Patienten- und Gästeverpflegung in den Bereichen Zentralküche, Cafeteria, Kiosk und Konferenzservice	HACCP-Konzept nach Codex Alimentarius infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH
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 Mitarbeiterinnen und 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



Auditierte 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 2018 wieder an einem freiwilligen Benchmarking beteiligt. Ausgewertet werden die Daten durch das West-deutsche 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 Classification of Diseases and Related Health Problems
OPS – Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V
Operationen- und Prozeduren-Schlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen 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 entlassenen 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.



Impressum

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Ärztlicher Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig
Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor

Universitätsklinikum Köln

Hausanschrift:	Kerpener Straße 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

Redaktionelle Mitarbeit
Anahieta Heu-Parvaresh, 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)
Nora Kobertz (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 – 2018 (PDF)
www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte