



**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 2020

Standort Universitätsklinik Köln

2020



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

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

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



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Uniklinik Köln und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht 2020. Jährlich geben wir Ihnen damit einen aktuellen und umfassenden Überblick über das große medizinische Leistungsspektrum und die zahlreichen Kompetenzen unserer Kliniken, Fachzentren und Institute.

Über 11.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behandeln mit neuesten Methoden und unter Einsatz modernster Technik mehr als 54.000 stationäre Fälle und über 380.000 ambulante Kontakte von Patientinnen und Patienten mit teils seltenen und schwierigen Krankheitsbildern.

Immer wieder vertrauen Patientinnen und Patienten 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. Ihr Vertrauen 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 zu erfüllen. Die Corona-Pandemie mit ihrem plötzlichem Auftreten im letzten Jahr zeigt, wie in der Uniklinik schnell neue wissenschaftliche Erkenntnis zum Wohle der Patientinnen und Patienten eingesetzt wird. Außerdem stellte die Uniklinik große Behandlungskapazitäten mit zusätzlichen Intensivbetten bereit. Über 400 COVID-19 Patientinnen und Patienten wurden behandelt und fast 40.000 mal das neu eingerichtete Infektionsschutzzentrum aufgesucht.

Dem Vergleich mit anderen Krankenhäusern stellen wir uns gerne. 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.

Zusätzlich zur verpflichtenden maschinenlesbaren Datei präsentieren wir Ihnen diese Darstellung, damit Sie den Bericht selbst lesen und nachvollziehen können.

Der Vorstand des Universitätsklinikums Köln im November 2021



Univ.-Prof. Dr. med.
Edgar Schömig

**Vorstandsvorsitzender und
Ärztlicher Direktor**

Damian Grüttner

**Stellv. Vorstandsvorsitzender und
Kaufmännischer Direktor**

Marina Filipović

Pflegedirektorin

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

Dekan

Univ.-Prof. Dr. med.
Peer Eysel

**Stellvertretender
Ärztlicher Direktor**



Hinweis zur Darstellung nach Standorten

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

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

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



Inhaltsverzeichnis

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020.....	2
Liebe Leserinnen, liebe Leser,	3
Hinweis zur Darstellung nach Standorten	4
Inhaltsverzeichnis.....	5
Hinweis zur Sortierung in Tabellen.....	8
Hinweis zu Fallzahlen < 4.....	8
Hinweis zur genderneutralen Formulierung.....	8
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	9
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	10
Im Bericht dargestellter Standort	11
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	12
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	12
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	12
Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	13
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	14
A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	18
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	20
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	22
A-9 Anzahl der Betten	26
A-10 Gesamtfallzahlen.....	26
A-11 Personal des Krankenhauses.....	27
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	35
A-13 Besondere apparative Ausstattung	49
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	51
B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen.....	53
B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I - Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin	54
B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	69



B-3	Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III - Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin	80
B-4	Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie.....	89
B-5	Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin.....	98
B-6	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin.....	102
B-7	Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie.....	114
B-8	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie	122
B-9	Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie	136
B-10	Zentrum für Neurochirurgie	144
B-11	Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie.....	156
B-12	Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie	165
B-13	Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie.....	173
B-14	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	185
B-15	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	194
B-16	Zentrum für Augenheilkunde - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde.....	207
B-17	Klinik und Poliklinik für Neurologie	217
B-18	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	230
B-19	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters.....	240
B-20	Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie	251
B-21	Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin.....	259
B-22	Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie....	268
B-23	Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie	276
B-24	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie	288
B-25	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin.....	301
B-26	Zentrum für Palliativmedizin	309
B-27	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	317
B-28	Transfusionsmedizin.....	327
B-29	Zentrum für Pharmakologie.....	333
B-30	Institut für Klinische Chemie	337
B-31	Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie.....	341



B-32	Institut für Neuropathologie	344
B-33	Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene.....	347
B-34	Institut für Virologie.....	352
B-35	Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	358
B-36	Institut für Humangenetik.....	362
C	Qualitätssicherung	369
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	370
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	601
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	601
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	601
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	602
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	605
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	606
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	607
D	Qualitätsmanagement	612
D-1	Qualitätspolitik	613
D-2	Qualitätsziele	614
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	615
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	617
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	620
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	628
	Hinweise zur Datengrundlage	629
	Impressum.....	631



Hinweis zur Sortierung in Tabellen

Die Zeilen in den Tabellen der Kapitel

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

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

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

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

Hinweis zu Fallzahlen < 4

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

Hinweis zur genderneutralen Formulierung

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

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



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses



A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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



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

Im Bericht dargestellter Standort

Name **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** 773491000

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

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

** = Standortnummer: Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

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

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

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



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

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

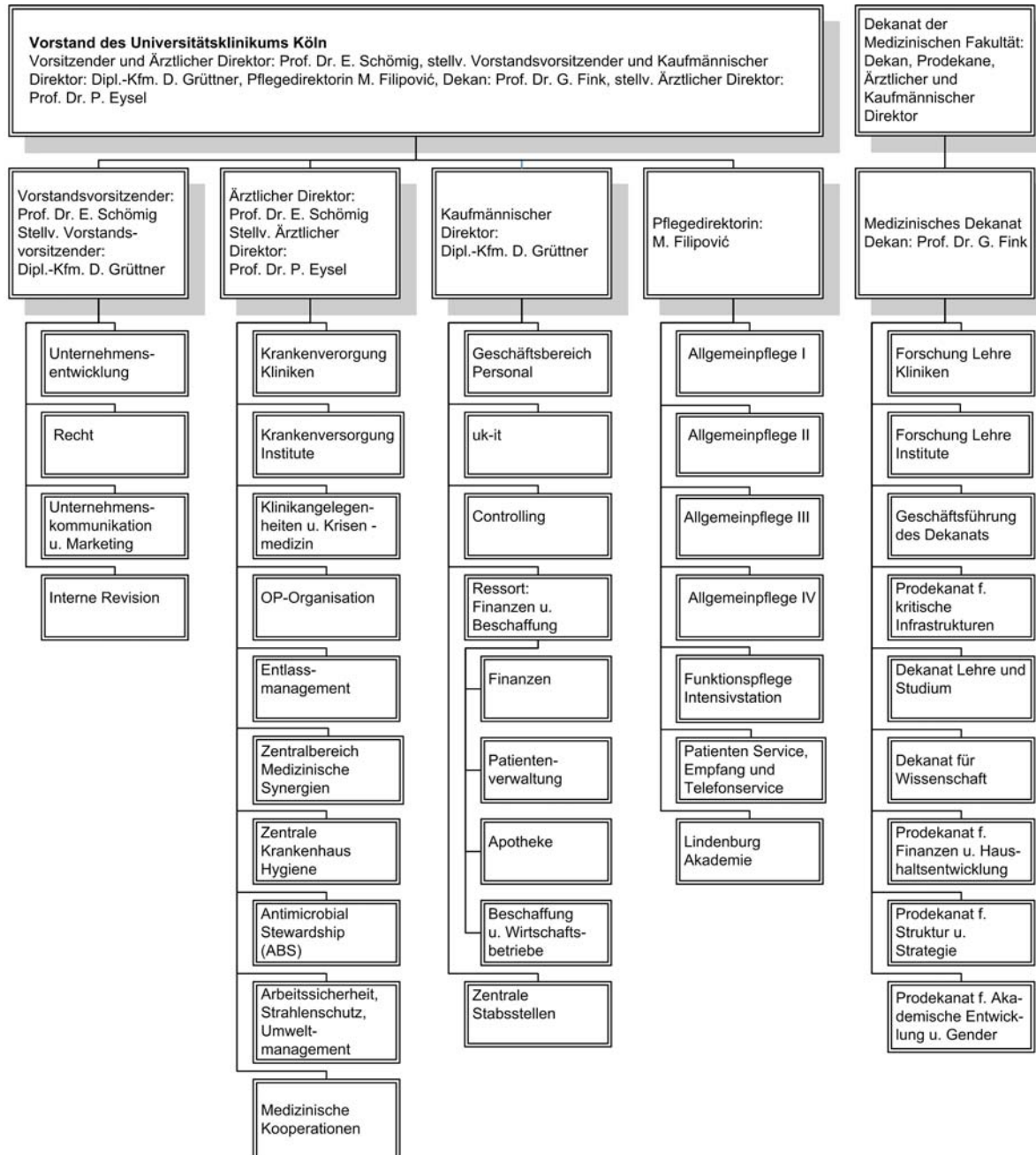
Universitätsklinikum der Universität zu Köln

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
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
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 Besondere Indikation: (a) vor geplanter Operation als Vollblutspende (Vermeidung einer Fremdbluttransfusion), Herstellung von Blutplättchenkonzentraten (zur beschleunigten Wundheilung), (b) Eigenserum-Augentropfen bei schweren Fällen von trockenen Augen (Sicca-Syndrom, okkuläre GvHD u. a.)
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 Während der Behandlung in der Uniklinik Köln werden alle Abläufe zentral abgestimmt. So können wir unseren Patientinnen und Patienten eine effiziente, lückenlose und zeitnahe Versorgung ermöglichen. Dreh- und Angelpunkt dieser zentralen Koordination ist das Case Management.



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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP18	Fußreflexzonenmassage Die Fußreflexzonenmassage 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 In den Räumlichkeiten der Uniklinik bieten freiberufliche Hebammen Geburtsvorbereitungskurse an.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining Training der geistigen Leistungsfähigkeit mit dem Ziel diese Leistungen zu erhalten oder zu steigern
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
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 Die UniReha GmbH, das Zentrum für Prävention und Rehabilitation der Uniklinik Köln, bietet für alle Interessierten regelmäßig verschiedene Präventionskurse (Rücken, Yoga, etc.) sowie ein Präventionskonzept der Deutschen Rentenversicherung an.
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.



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

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik Behandlungskonzept, welches zur Prävention von Rückenschmerzen und zur Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen dient. Ziel ist es, rückengerechtes Verhalten zu vermitteln und durch unterschiedliche Übungen Bauch- und Rückenmuskulatur zu stärken sowie Konzepte zur Entspannung zu liefern.
MP36	Säuglingspflegekurse Auf der Grundlage der entwicklungsfördernden Pflege wird auf der Säuglingsstation einmal in der Woche das Bedside-Teaching angeboten. Dabei wird zusammen mit den Eltern und ihrem Kind/ihren Kindern das Handling, das Baden/Waschen oder die Babymassage gezeigt oder intensiviert.
MP37	Schmerztherapie/-management Interdisz. Ansätze d. Schmerzbekämpfung im stat. und amb. Setting bieten ein breites Leistungsspektrum. Unser Akutschmerzdienst ist ärztlich 24 Std. besetzt u. betreut postoperative Schmerzen mit Verfahren wie Regionalanästhesie o. PCIA. anaesthesie.uk-koeln.de/schwerpunkte/schmerzmedizin
MP38	Sehschule/Orthoptik In der Sehschule werden strabologische und neuroophthalmologische Erkrankungen behandelt. Hier werden neben komplexen neuroophthalmologischen Krankheitsbildern auch angeborene und erworbene Schielformen, sowie Amblyopien, Augenbewegungsstörungen und Augenzittern diagnostiziert und therapiert.
MP63	Sozialdienst Beratung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, während des stationären Aufenthalts, in Angelegenheiten der medizinischen/beruflichen Rehabilitation und Nachsorge, sowie in psychosozialen, sozialen und wirtschaftlichen Fragen.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten 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. Pflegenden Angehörige werden in Pflegetechniken angeleitet und lernen Entlastungsmöglichkeiten kennen.
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern Im Rahmen des stationären Aufenthaltes findet auf der Frühgeborenen-Station zweimal im Monat die Elternschule statt. Dabei wird zusammen mit den Eltern die entwicklungsfördernde Pflege durch beispielsweise Babymassagen oder der Umgang mit Tragetüchern thematisiert.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie Durch Entspannungstechniken werden körperliche und psychische Anspannungen zu lösen versucht. Hierzu zählen die Progressive-Muskel-Relaxation, die Meditation, Yoga usw.
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen Ein Team aus Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, Wundpfleger*innen u. Diätassistent*innen kann Menschen mit Diabeteserkr. während d. stat. Aufenthaltes mitbetreuen. Diabetes- u. Spezialambulanzen, z. B. für Diabetes in Folge einer Mukoviszidose bestehen in d. Kinderklinik u. in d. Erw.-Medizin.
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien Das CEFAM (Centrum für Familiengesundheit der Uniklinik Köln) ist ein Zusammenschluss aus versch. Fachdisziplinen, die ihre interdisziplinären Behandlungsabläufe bündeln u. eine gemeinsame organisatorische Struktur nutzen. Das Ziel ist es die Familie als Ganzes zu begleiten u. zu unterstützen.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen



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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen Hebammen, die in der Akupunktur und Homöopathie weitergebildet sind, unterstützen die Gebärenden unter der Geburt.
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 Auf den Stationen finden regelmäßige Stillberatungen durch Pflegefachkräfte und Still- und Laktationsberater/-innen statt, die nach dem Stillkonzept der Uniklinik Köln geschult sind. Ein Großteil der frühgeborenen Kinder werden gestillt oder teilgestillt nach Hause entlassen.
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
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis nach Vojta unter Ausnutzung der natürlich vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems. Behandlung neurologischer Krankheitsbilder
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen Behandlung mit Wärme (z. B. Fango) oder durch lokale Applikation intensiver Kälte (Kyrotherapie)
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 Versorgungskonzeptes 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 Die UKK ist seit 2010 „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ mit Kooperation mit d. Agentur für Selbsthilfefreundlichkeit NRW. Es findet eine Zusammenarbeit mit über 90 Selbsthilfegruppen statt, u. a. mit Kooperationsverträgen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit d. Selbsthilfekontaktstelle Köln.



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

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) Alle wichtigen Informationen rund um den Klinikaufenthalt im Universitätsklinikum Köln sind hier unter dem Link "In der Uniklinik von A bis Z" zu finden. www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z

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 schulpflichtige Patient*innen mit voraussichtlich mind. 4-wöchiger Behandlungszeit sowie chronisch Kranke mit kürzeren, jedoch wiederholten stationären Aufenthalten. Johann-Christoph-Winters-Schule, Städt. Schule für Kranke, Lindenburger Allee 38, 59031 Köln, Tel: 0221-403050, 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.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen uk-catering.uk-koeln.de Individuelle Menüwunscherfassung ermöglicht d. Wahl innerh. d. tägl. angebotenen Komponenten u. Menüs, es werden vegetarische bzw. vegane Speisen u. diverse Sonderkosten angeboten. Kult. Essgewohnheiten, wie jüdische o. muslimische Kost, können als „Kost ohne Schweinefleisch“ berücksichtigt werden.
NM40	Empfangs- und Begleitservice für Patientinnen und Patienten sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



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

Nr.	Serviceangebot
NM49	<p>Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten</p> <p>www.uk-koeln.de/patienten-besucher/pflege-patienten-service/veranstaltungen</p> <p>Im PIZ 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, palliative Begleitung</p>
NM07	Rooming-in
NM42	<p>Seelsorge/spirituelle Begleitung</p> <p>www.uk-koeln.de/de/patienten-besucher/unterstuetzung-training/seelsorge/</p> <p>Ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist das Gespräch mit Pat. u. Angehörigen. Wir bieten seelsorgl. u. spirituelle Unterstützung an, beraten in Fragen zu Patientenverfügung u. Vorsorgevollmacht. Unser Angebot richtet sich an alle Pat. unabhängig von der religiösen u. spirituellen Anschauung.</p>
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen



A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Name	Stefanie Federhen
Position	Leiterin Patienten-Informations-Zentrum
Straße	Kerpener Straße 62
PLZ / Ort	50937 Köln
Telefon	0221 / 478 – 82820
Telefax	0221 / 478 – 86138
E-Mail	PIZ@uk-koeln.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit

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.
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung Der Begleitservice ist am Bettenhaus, Herzzentrum und CIO angesiedelt und unterstützt und begleitet nicht-stationäre Personen mit körperlichen/kognitiven Einschränkungen sowie Ältere auf dem Klinikgelände, auch mit Rollstuhl. Eine Begleitung kann unter begleitservice@uk-koeln.de organisiert werden.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache In folgenden Fachabteilungen: Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie und Zentrum für Palliativmedizin



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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung In folgender Fachabteilung: Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie
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 Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung

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



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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal Klinik u. Poliklinik f. Kinder- und Jugendmedizin, Klinik u. Poliklinik f. Neurologie, Klinik u. Poliklinik f. Psychosomatik u. Psychotherapie, Klinik u. Poliklinik f. Radioonkologie, Cyberknife- u. Strahlentherapie, Klinik f. Anästhesiologie u. Operative Intensivmedizin, Zentrum f. Palliativmedizin
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
BF30	Mehrsprachige Internetseite Englisch
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage Die barrierefreie Gestaltung des Internetangebots ermöglicht es Menschen mit Behinderungen und älteren Menschen mit altersbed. Beeinträchtigungen aktiv am Leben teilzunehmen. Eine benutzerfreundliche Navigation und kurze Ladezeiten der Seiten werden geboten. www.uk-koeln.de/barrierefreiheit
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme

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. 500 Studierende der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (Ersthörer) ausgebildet.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten Über Verbundprojekte (z. B. DFG-geförderte, CIO ABCD, CCCE, Sporthochschule Köln) bestehen Kooperationen mit anderen 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 2020 promovierten 377 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 spiegelt die enge Zusammenarbeit zwischen der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät wider.



Diese auch im Rahmen des Zentrums für Molekulare Medizin (ZMMK) strukturell verankerte, fakultätsübergreifende Kooperation war eine wichtige Voraussetzung für die Förderung des Exzellenzcluster CECAD (Zelluläre Stressantwort bei Altersassoziierten Erkrankungen) im Rahmen der Exzellenzinitiative sowie die Ansiedlung des Max-Planck-Institut für Biologie des Alterns auf dem Campus.

Die Medizinische Fakultät hat drei Forschungsschwerpunkte und einen die Forschungsschwerpunkte überspannenden Querschnittsbereich „Health & Health Services“. Ziele der Forschungsschwerpunkte sind, neben der Grundlagenwissenschaft, der Ausbau der patientennahen Forschung und die Translation in enger Verzahnung mit dem Universitätsklinikum Köln.

Die drei Forschungsschwerpunkte der Fakultät „Tumorbiologie, Infektion und Immunität“, „Homöostatische Prinzipien im Stoffwechsel und in der Geweberegeneration“ und „Neuromodulation“ weisen verschiedene Gruppenförderinstrumente (SFBs, (klinische) Forschungsgruppen etc.) der DFG auf. Grundlagen dieser strukturierten Förderungen 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“ ist universitätsweit unter Einbeziehung der Humanwissenschaftlichen, Rechtswissenschaftlichen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen sowie Philosophischen Fakultäten verankert um neben medizinischen auch grundlegende ethische, rechtliche, ökonomische, human- und sozialwissenschaftliche Fragen von gesellschaftlicher Relevanz unter Einbeziehung von Versorgungsforschung zu berücksichtigen.

Die Kooperationen mit den außeruniversitären Forschungseinrichtungen der Max-Planck-Gesellschaft (MPI für Biologie des Alterns, MPI für Stoffwechselforschung, MPI für Züchtungsforschung) 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 Wintersemester 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“ ist in mehreren zielgruppenorientierten Formaten (Wissenschaftliche Projekte, Forschungsbörse, Graduiertenschule Human- und Zahnmedizin, Research Track) vorhanden und wird 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, die Vermittlung kommunikativer und sozialer Kompetenzen bereits im Vorgriff auf die neue zahnärztliche Approbationsordnung etabliert sind.

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



Im Wintersemester 2017/18 hat die Fakultät mit dem „Bachelorstudiengang Klinische Pflege“ begonnen, die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe voranzutreiben und ist damit die erste Medizinische Fakultät in Nordrhein-Westfalen. 25 Studierende erlernen im dual additiven Studiengang in enger Kooperation mit der Schule für Pflegeberufe wissenschaftliche Methoden für die Weiterentwicklung der Pflegepraxis.

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. Zudem beteiligt sich die Medizinische Fakultät am Masterstudiengang „Gender und Queer-Studies“ mehrerer Kölner Hochschulen.

A-8.2

Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	<p>Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin</p> <p>Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, aktuell noch ca. 50 Auszubildende in der Ausbildung nach dem alten Gesetz</p> <p>www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>
HB02	<p>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin</p> <p>Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, aktuell noch ca. 100 Auszubildende in der Ausbildung nach dem alten Gesetz.</p> <p>www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>
HB10	<p>Hebamme und Entbindungspfleger</p> <p>Ausbildung n. Hebammengesetz (HebG 1985) u. EU-Richtlinie 2013/55/EG: Prävention, Gesundh.-förderung, prof. Beziehungsarbeit, wissenschaftl. Arbeiten, prakt. Ausbildung m. Koop.-partnern, 24 Auszubildende, Kursbeg. z. 1.9. (demn. Studium)</p> <p>www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>
HB03	<p>Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin</p> <p>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.</p> <p>www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>



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

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB17	<p>Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer</p> <p>Im Jahr 2020 sind an der UKK 3 KPH-Kurse mit je 25 Ausbildungsplätzen gestartet. Einjährige Ausbildung mit Einsätzen in der stationären Akutpflege und in der amb. Langzeitpflege. www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>
HB12	<p>Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)</p> <p>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</p>
HB05	<p>Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)</p> <p>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</p>
HB07	<p>Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)</p> <p>Theoretische Ausbildung nach Richtlinie der DKG in Kooperation mit der Medical School Düsseldorf, praktische Ausbildung in OP- und Funktionsbereichen, 20 Ausbildungsplätze pro Jahr, Kursbeginn zum 1. Juli (ab 2021 eigene OTA-Schule) www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>
HB14	<p>Orthoptisten und Orthoptistinnen</p> <p>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</p>
HB20	<p>Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.</p> <p>Duales Studium: Kombination aus 3-jähriger Ausbildung mit dem Abschluss Pflegefachfrau/-mann und dem Bachelorstudium „Klinische Pflege“ an der Universität Köln, Start jährlich zum 1.10., insgesamt 75 Plätze www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>
HB19	<p>Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner</p> <p>Start der generalist. Ausbildung (01.04.2020) mit Möglichkeit z. Vertiefung in d. Pädiatrie. Kursbeg. zum 01.04./ 01.10. mit je 25 Plätzen, Ziel d. Ausbildung: Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsber. eigenverantw. zu pflegen. www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</p>

Ausserdem wird eine Ausbildung zum Masseur und medizinischen Bademeister angeboten (nicht in der Auswahlliste des G-BA enthalten):

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



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

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl	1.511
– davon Betten in Tageskliniken	45
Stichtag: 31.12.2020	

A-10 Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	54.732
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	1.948
Ambulante Fälle (Kontakte)	380.141

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 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte		890,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	890,95 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	640,08 250,87
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		481,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	481,84 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	344,12 137,72
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

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

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte		16,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	16,47 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,20 5,27
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		13,42
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	13,42 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	8,69 4,73

Ärztlicher Direktor, Krankenhaushygiene, OP-Management, Unternehmensentwicklung, Zentralbereich Medizinische Synergien, Betriebsärzte, Arbeitsmedizin, Infektionsprävention, Projekte

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



A-11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		1.464,13
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1.377,01 87,12	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1.396,73 67,40	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	2 Jahre		221,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	221,98 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	214,01 7,97	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		14,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	14,43 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,01 0,42	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		26,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	26,56 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	25,94 0,62	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		24,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	24,09 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	24,01 0,08	
Hebammen und Entbindungspfleger	3 Jahre		19,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	19,29 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	19,29 -	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		36,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	36,45 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	31,54 4,91	
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		149,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	149,07 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	144,96 4,11	

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 Speiserversorgung, 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		50,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	50,27 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	50,27 -	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		5,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,36 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,36 -	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		10,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	10,02 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,02 -	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		0,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,18 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,18 -	
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		11,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,09 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,09 -	

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-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		11,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,63 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	7,83 3,80
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		5,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,94 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,48 2,46
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		3,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,87 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,57 1,30
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)		22,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	22,00 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	12,55 9,45
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		9,99
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,00 5,99
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	8,57 1,42
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		4,89
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- 4,89
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,89 -
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen		9,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,58 -
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,80 2,78

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	Diätassistentin und Diätassistent		3,52
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 3,52 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,86 - ambulant 1,66	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe		23,37
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 23,37 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 17,65 - ambulant 5,72	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut		23,68
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 7,84 - indirekt 15,84	
	Versorgungsbereich	- stationär 21,38 - ambulant 2,30	
SP06	Erzieherin und Erzieher		34,73
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 34,73 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 33,36 - ambulant 1,37	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge		5,56
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,56 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 4,00 - ambulant 1,56	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut		3,87
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 3,87 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 2,57 - ambulant 1,30	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut		1,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,00 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,85 - ambulant 0,15	
SP14	Logopädin und Logopäde/ Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/ Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/ Phonetikerin und Phonetiker		19,21
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 6,06 - indirekt 13,15	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,97 - ambulant 2,24	



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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister		8,75
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,58 - indirekt 3,17	
	Versorgungsbereich	- stationär 8,11 - ambulant 0,64	
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)		24,66
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 24,66 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 17,45 - ambulant 7,21	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)		176,75
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 176,75 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 128,88 - ambulant 47,87	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)		91,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 91,00 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 55,60 - ambulant 35,40	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut		0,65
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,65 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,57 - ambulant 0,08	
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)		2,09
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 2,09 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,97 - ambulant 0,12	
SP17	Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)		1,72
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,72 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,08 - ambulant 0,64	



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

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/ Orthopädienschuhmacherin und Orthopädienschuhmacher		2,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 2,00 - indirekt -	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,80 - ambulant 0,20	
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/ Augenoptikerin und Augenoptiker		11,26
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 11,26 - indirekt -	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,69 - ambulant 10,57	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater		1,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,00 - indirekt -	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,00 - ambulant -	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement		12,82
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 12,82 - indirekt -	
	Versorgungsbereich	- stationär 12,18 - ambulant 0,64	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie		16,42
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,78 - indirekt 14,64	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,42 - ambulant -	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta		17,59
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,50 - indirekt 17,09	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,47 - ambulant 1,12	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut		67,23
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 15,20 - indirekt 52,03	
	Versorgungsbereich	- stationär 64,25 - ambulant 2,98	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut		7,34
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 7,34 - indirekt -	
	Versorgungsbereich	- stationär 4,86 - ambulant 2,48	



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

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP58	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)		22,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 22,00 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 13,20 - ambulant 8,80	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter		9,74
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 9,74 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 8,18 - ambulant 1,56	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge		14,94
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 14,94 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 11,06 - ambulant 3,88	

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 und Beratung zu QM Systemen, externe Qualitätssicherung nach SGB V, Lob- und Beschwerdemanagement, Ideenwettbewerb, Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS), Beratungen zu Qualitätsmanagement, Prüfung der G-BA- und OPS Strukturanforderungen, elektronische Datenlenkung

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, Lob- und Beschwerdemanagement, CIRS = Critical Incident Reporting System, Dokumentationsanalysen, Fallanalysen bei Patientenschäden

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	Alle neuen klinisch Tätigen werden unterwiesen. Ärztliches Personal monatlich, pflegerisches Personal alle zwei Monate.
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)



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

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
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	Durch OP-Management 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, welches die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet, die Tagungsfrequenz ist bedarfsabhängig.

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

Beinahe jede der 623 CIRS Meldungen in 2020, die arbeitstäglich bearbeitet wurden, führte zu Korrekturen oder Veränderungsmaßnahmen, z. B.

- Fehlerhafte Arzneimittelgabe, u. a. Verwechslung der Darreichungsform
- Patientenverwechslungen in nicht operativen Bereichen
- Ablaufprobleme in der Patientenversorgung und -überwachung



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

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 (Ärztikammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Es gibt ein Gremium, welches die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet, die Tagungsfrequenz ist bedarfsabhängig.



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 an der Universitätsklinik 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 und einem Facharzt für Anästhesiologie, die beide die curriculäre Weiterbildung zum Krankenhaushygieniker abgeschlossen haben, und 9 Hygienefachschwestern bzw. -pflegern sowie eine Hygienefachkraft in Weiterbildung besetzt. Darüber hinaus steht dem Team für die Bauhygiene ein Ingenieur und für die Lebensmittelhygiene eine Lebensmittelchemikerin zur Verfügung.

Die Auswertung notwendiger mikrobiologischer Untersuchungen erfolgt über das am Institut für Medizinische Mikrobiologie angesiedelte von der Krankenhaushygiene geleitete Hygienelabor. Darüber hinaus wird in der Mikrobiologie mit der Krankenhaushygiene ein Ausbruchslabor betrieben, in dem mittels Ganz-Genomanalysen von Patienten- und Umgebungsisolaten zeitig Übertragungswege entdeckt werden können und Ausbrüche schnellstmöglich aufgeklärt und behoben werden können.

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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten wird ein Gesprächs- und Beratungsangebot unterbreitet.

Die Beteiligung der Universitätsklinik Köln 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 Universitätsklinik Köln wurde bereits 2015 das multidisziplinäre Team zur Antibiotika Stewardship (ABS-Team) gebildet, das aus ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Infektiologie, der mikrobiologischen Diagnostik und klinisch-mikrobiologischen Beratung, der operativen Intensivmedizin, der Krankenhaushygiene und aus erfahrenen Fachapothekerinnen für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie besteht. 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	4
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	9
FachGesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger 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

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 der Universitätsklinik Köln, 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 Universitätsklinik Köln 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
- Kopfhube	ja
- Mund-Nasen-Schutz	ja
- steriles Abdecktuch	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja

A-12.3.2.2 Durchführung von 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



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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	193,00 ml/ Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	63,00 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 Patientinnen und Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)	ja



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

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

A-12.3.2.6

Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	nein
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS
<p>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</p>		
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 Sterilgut GmbH
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und 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, M. A. Management in Pflege- und Gesundheitseinrichtungen Lob- und Beschwerdemanagement Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 30963 Telefax: 0221 / 478 – 1431400 E-Mail: lobundbeschwerden@uk-koeln.de	



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

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement
BM07	<p>Ein Patientenförsprecher oder eine Patientenförsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt</p> <p>Die unabhängige Patientenförsprecherin ist mittwochs 10 – 12 Uhr im Büro der ev. Seelsorge, Bettenhaus, Ebene 1 oder unter Telefon 0221 / 478-5529 (Anrufbeantworter) zu erreichen. Der Kontakt kann auch über Pflegekräfte o. den Infoschalter in der Eingangshalle des Bettenhauses vermittelt werden. Die Zufriedenheit u. das Wohlbefinden der Patienten werden durch persönliche Besuche am Krankenbett erfragt. Die Patientenförsprecherin berichtet einmal jährlich dem Vorstand in einer besonderen Sitzung.</p> <p>Maria Schidlowski Unabhängige Patientenförsprecherin Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 5529 Telefax: 0221 / 478 – 32096 E-Mail: patientenfuersprecher@uk-koeln.de</p>
BM08	<p>Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden ja</p> <p>https://www.uk-koeln.de/de/patienten-besucher/lob-beschwerden/</p> <p>Das Abgeben anonymer Beschwerden ist möglich (z. B. über ein Internet-Formular), diese werden - soweit bei Fehlen genauerer Daten sinnvoll und möglich - ebenfalls bearbeitet.</p>
BM09	<p>Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt. ja</p> <p>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.</p>
BM10	<p>Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt. ja</p> <p>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 ist für 2023 geplant.</p>



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 der Personen
Apothekerinnen und Apotheker	20
Weiteres pharmazeutisches Personal	35

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)



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

Allgemeines

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen
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 <ul style="list-style-type: none">- 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- Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln <ul style="list-style-type: none">- Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona, Rpdoc, AIDKlinik, ID Medics bzw. ID Diacos Pharma)- Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)- Zytostatika Cato, Rezeptdruck Agfa Orbis mit PharmIndex Plus, Modulschrankversorgung mit Bestellung per Scanner
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern <ul style="list-style-type: none">- Fallbesprechungen- Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung- Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)- Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)- andere Maßnahme: Aktionstage zu Antimicrobial Stewardship (ABS) sowie zu Patientensicherheit



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

Entlassung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS13	<p data-bbox="475 512 1305 539">Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung</p> <ul data-bbox="528 546 1369 728" style="list-style-type: none"><li data-bbox="528 546 1369 600">- Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs<li data-bbox="528 602 1369 629">- Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen<li data-bbox="528 631 895 658">- Aushändigung des Medikationsplans<li data-bbox="528 660 1209 687">- Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten<li data-bbox="528 689 1139 728">- Bereitstellung von BtM-Mitgabe aus der Krankenhausapotheke



A-13

Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	–
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	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/–unterstützung	ECMO	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-Steinzerstörung	–
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) MRT-gesteuerte HIFU-Interventions-Ausstattung	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
AA23	Mammographiegerät Röntgenstereotaktisches Mamma-Interventions-Anlage	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse	–



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

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 Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	–
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	–
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.



A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.

(Hinweistext des G-BA)

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung	
Basisnotfallversorgung (Stufe 1)	nein
Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)	nein
Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)	ja
Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt: Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)	
Die Budgetverhandlung 2020 ist noch nicht abgeschlossen, bezüglich der Notfallstufe (Stufe 3 Modul Notfallversorgung Kinder – umfassend) hat die Uniklinik Köln jedoch eine mündliche Zusage von den Kostenträgern erhalten. Nach bisherigen Erfahrungen werden diese Zusagen auch zuverlässig schriftlich umgesetzt.	
Erfüllung des Moduls der Spezialversorgung	nein

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Nr.	Module der Speziellen Notfallversorgung	
SN01	Modul Notfallversorgung Kinder (Basis)	nein
SN02	Modul Notfallversorgung Kinder (erweitert)	nein
SN03	Modul Notfallversorgung Kinder (umfassend)	ja
SN04	Modul Schwerverletztenversorgung	nein
SN05	Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)	nein
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)	nein

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu.



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

A-14.4

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

Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung	
Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	ja
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	nein



B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen



B-1 **Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I - 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 und Poliklinik für Innere Medizin I - 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 – 39707
Telefax	0221 / 478 – 5455
E-Mail	med.1-direktion@uk-koeln.de



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

- 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, interdisziplinäre und menschliche Behandlung internistischer Erkrankungen. Für Fragen wenden Sie sich jeder Zeit gerne 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 interdisziplinäre 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 Patientinnen und Patienten ist ein Schwerpunkt in unserer Klinik. Im Vordergrund stehen vor allem Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Infektion, mit Abwehrschwäche oder Tumorerkrankungen. Intensive Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Köln.
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 2020

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI33	<p>Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen</p> <p>Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung bei operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) für Gerinnungs-Notfalldiagnostik</p>
VI09	<p>Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen</p> <p>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)</p>
VI19	<p>Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten</p> <p>Diagnostik und Therapie von infektiologischen Krankheitsbildern, Lungenentzündung, unklares Fieber, Tuberkulose, Tropenkrankheiten sowie infektiologisches Monitoring immunsupprimierter Patientinnen und Patienten und infektiologischer Konsildienst</p>
VI18	<p>Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen</p> <p>Ausführliche Diagnostik und Therapie von hämatoonkologischen, malignen Erkrankungen und soliden Tumoren. Insbesondere Chemotherapie, Antikörpertherapie, orale Tumortherapie, Transfusionen, Transplantationen und best supportive care, Innovative Behandlung unter Einbeziehung klinischer Studien</p>
VI17	<p>Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen</p> <p>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</p>
VI00	<p>Gerinnungsambulanz</p> <p>Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung bei operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) für Gerinnungs-Notfalldiagnostik</p>
VI00	<p>Hämapherese</p> <p>Hämapherese dient d. Sammlung o. Entfernung v. verschiedenen Blutzellen o. des Blutplasmas, ähnl. wie d. Dialyse wasserlös. Substanzen aus d. Blut entfernt: Stammzellapherese (zur Transplantation), Leuk-, Thrombozyten- u. Erythrozytenapherese, Plasmaaustausch, Photopherese, Entnahme v. CAR-T-Zellen</p>
VI00	<p>Infektionsschutzzentrum</p> <p>Das Infektionsschutzzentrum wurde pandemiebedingt errichtet zur Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19.</p>
VI20	<p>Intensivmedizin</p> <p>Intermediate Care Station und Intensivstation (inkl. ECMO-Zentrum) behandeln internistische Grunderkrankungen in kritischer, teils lebensbedrohl. Situation. Der Schwerpunkt liegt in der Sicherung von Kreislauf und Atmung. Intensivmedizinisch fachweitergebildetes ärztliches und pflegerisches Personal</p>
VI00	<p>Klinisches Studienzentrum</p> <p>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</p>
VI00	<p>Mikrobiotransfer</p> <p>Durchführung von Mikrobiotransfer (Stuhltransplantation) bei rezidivierender Clostridioides difficile Infektion</p>



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI37	Onkologische Tagesklinik Hämato-onkologische Diagnostik inkl. Immunphänotypisierung (FACS), molekulargenetische Untersuchungen, ambulante Chemotherapien, Bluttransfusionen, Zellseparationsverfahren (Hämapherese inkl. Stammzellapherese), enge Vernetzung mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)
VI00	Psychoonkologie 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-PLL-/T-LGL-/T-Zell-Lymphom-Sprst., Sprst. Gastrointestinale Tumore, Sprst. Lungenkrebs, Sprst. Hämoglobinopathien, Hodgkin-Lymphom-Sprst., Leukämie- und MDS-Sprst, Sprst. Neuroendokrine Tumoren, Non-Hodgkin-Lymphom-Sprst., post-COVID-Sprst.
VI00	Spezialambulanz für COVID-19-genesene Patienten Die post-COVID-Spezialsprechstunde bietet eine Beratung und Behandlung von Patienten mit Symptomen nach einer durchgemachten Sars-CoV-2-Infektion an.
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.
VI00	Traditionelle Chinesische Medizin Komplementäre Maßnahmen wie die Traditionelle Chinesische Medizin (Akupunktur, Phytotherapie und Diätetik) oder Bioresonanz ergänzen die klassische Schulmedizin.

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.913
Teilstationäre Fallzahl	146
Anzahl Betten	148

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.



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

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	365
2	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	238
3	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	191
4	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	187
5	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs – Morbus Hodgkin	162
6	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	154
7	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	111
8	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	71
9	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen – ARDS	59
10	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	55
13	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	51
12	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	42
13	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht – Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	38
14	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	34
15	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	33
16	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	33
17	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	32
18	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht – Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	31
19	C16	Magenkrebs	30
20	C40	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel der Gliedmaßen	30
21	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim – Mukoviszidose	30
22	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	26
23	C15	Speiseröhrenkrebs	24
24	D46	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung – Myelodysplastisches Syndrom	23
25	D57	Sichelzellenkrankheit	23
26	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	22
27	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	21
28	Z52	Spender von Organen oder Geweben	21



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	20
30	U04	Schweres akutes Atemwegssyndrom – SARS	20

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	1.316
2	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	940
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	858
4	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	832
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	788
6	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	682
7	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	566
8	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	490
9	8-824	Bestrahlung des Blutes mit UV-Licht zur Behandlung bestimmter Tumoren – Photopherese	431
10	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	416
11	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	388
12	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	382
13	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	371
14	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	269
15	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	224
16	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	216
17	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	210
18	5-410	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation	187
19	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	185
20	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	180
21	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	178
22	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	166
23	3-752	Darstellung der Stoffwechselforgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	152
24	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	149
25	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	142



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

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
26	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	132
27	6-005	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 5 des Prozedurenkatalogs	126
28	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	126
29	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	113
30	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	99

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 2017 an der ASV teil. Diese bietet eine optimierte intersektorale und auch interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb einer klaren Abrechnungsstruktur. Seither konnten die Behandlungsindikationen erweitert und die intersektoralen Kooperationen ausgebaut werden.

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



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

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: Alltägl. 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 Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen

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, z. B. Stammzellgewinnung, Plasmapherese und Photopherese.

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, 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 Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

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

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 Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder)

Infektionsambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 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 Patientinnen und Patienten 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 2020
B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I
- Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und
Internistische Intensivmedizin

Infektionsschutzzentrum

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik, Beratung und Behandlung von Patienten mit COVID-19

Nr.	Angebotene Leistung
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI27	Spezialsprechstunde

Medizinisches Versorgungszentrum Innere Medizin/Infektiologie

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Behandlung von Patienten mit infektiologischen Erkrankungen. Enge, interdisziplinäre
Zusammenarbeit mit der Uniklinik, zahlreiche Leistungsangebote unter einem Dach

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

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



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

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
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



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	< 4
3	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4

B-1.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			40,05	72,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	40,05		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	31,15		
	- ambulant	8,90		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			23,38	124,59
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	23,38		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	18,18		
	- ambulant	5,20		

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
ZF02	Akupunktur
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

- 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		163,00	17,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	160,83		
	- indirekt	2,17		
Versorgungsbereich	- stationär	144,16		
	- ambulant	18,84		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		3,64	800,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,64		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	2,75		
	- ambulant	0,89		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,10	29.130,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,10		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	0,10		
	- ambulant	-		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		0,92	3.166,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,92		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	0,92		
	- ambulant	-		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		13,77	211,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,77		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	13,77		
	- 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
PQ22	Intermediate Care Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
	Psychologie
PQ12	Notfallpflege



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

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP16	Wundmanagement



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



Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Benzing

B-2.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II - 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 – 4480
Telefax	0221 / 478 – 5959
E-Mail	thomas.benzing@uk-koeln.de



Kurzportrait

Schwerpunkte der Klinik II für Innere Medizin am Universitätsklinikum zu Köln sind die Erkennung und Behandlung von Nierenkrankheiten und Bluthochdruck 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. Torsten Kubacki

Telefon 0221 / 478 – 97630

torsten.kubacki@uk-koeln.de



Nephrologische Forschung

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Bernhard Schermer

Telefon 0221 / 478 – 89030

bernhard.schermer@uk-koeln.de

Universitäre Altersmedizin

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Paul Brinkkötter

Telefon 0221 / 478 – 30627

paul.brinkkötter@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 Patientinnen und Patienten 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



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

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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
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

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

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



B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.725
Teilstationäre Fallzahl	124
Anzahl Betten	65

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	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	107
2	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	87
3	N17	Akutes Nierenversagen	74
4	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	52
5	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	51
6	I50	Herzschwäche	45
7	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	44
8	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	40
9	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	40
10	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift – nekrotisierende Vaskulopathien	39
11	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	38
12	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	38
13	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	37
14	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	37
15	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	25
16	N04	Langsam entwickelnde Nierenkrankheit, entzündlich oder nicht entzündlich	25
17	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	24
18	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	21
19	R50	Fieber unbekannter Ursache	20
20	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	20
21	D57	Sichelzellenkrankheit	20
22	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	18
23	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	17
24	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	16
25	I21	Akuter Herzinfarkt	15



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

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
26	A46	Wundrose – Erysipel	15
27	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	15
28	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	14
29	N12	Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen, die nicht als akut oder anhaltend (chronisch) bezeichnet ist	14
30	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	13

B-2.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	5.822
2	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	4.651
3	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	549
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	514
5	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	228
6	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	190
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	178
8	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	169
9	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet – Peritonealdialyse	147
10	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	101
11	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	91
12	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	89
13	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	73
14	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen – Hämofiltration	64
15	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	62
16	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	58
17	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	48
18	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	44
19	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	43
20	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	36



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

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	34
22	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	33
23	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	27
24	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	27
25	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	25
26	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	25
27	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	25
28	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	23
29	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	23
30	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	22

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II
- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Spezialambulanz für Glomerulonephritiden

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

Spezialambulanz für Morbus Fabry

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Thrombotische Mikroangiopathien

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Zystennieren und hereditäre Nierenerkrankungen

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

Transplantationsambulanz

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

Zentrale Notaufnahme

Notfallambulanz (24h)

B-2.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	10
2	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
3	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	< 4
4	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	< 4

B-2.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



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

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			25,22	68,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	25,22		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	16,75		
	- ambulant	8,47		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			12,09	142,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,09		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	8,03		
	- ambulant	4,06		

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
AQ06	Allgemeinchirurgie
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
ZF69	Transplantationsmedizin

Weitere Qualifikation:

- Fachgebundene Genetische Beratung

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



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

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

B-2.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		57,87	29,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	55,05 2,82		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	53,75 4,12		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,30	750,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,30 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,19 1,11		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		5,69	303,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,69 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,69 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		1,00	1.725,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,00 -		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		1,04	1.658,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,04 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,04 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		4,49	384,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,49 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,78 0,71		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ12	Notfallpflege
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II
- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP24	Deeskalationstraining
ZP07	Geriatric
ZP25	Gerontopsychiatrie
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP16	Wundmanagement



B-3

Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III - Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus

B-3.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III - Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie 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



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

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

- Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
- Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und
internistische Intensivmedizin

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten 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



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

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
- Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.374
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	83

B-3.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	645
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	640
3	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	465
4	I21	Akuter Herzinfarkt	285
5	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	275
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	254
7	I50	Herzschwäche	219
8	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	171
9	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	144
10	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	132
11	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	92
12	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	71
13	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	70
14	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	65
15	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	60
16	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens – AV-Block bzw. Linksschenkelblock	54
17	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	41
18	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	35
19	I07	Krankheit der rechten Vorhofklappe als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken-Bakterien – rheumatische Trikuspidalklappenkrankheit	33
20	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	32
21	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	30



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

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
- Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	29
23	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	29
24	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	28
25	R06	Atemstörung	25
26	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	21
27	R00	Störung des Herzschlages	20
28	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	15
29	Z09	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen anderer Krankheitszustände als einer Krebskrankheit	15
30	N17	Akutes Nierenversagen	13

B-3.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	2.506
2	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	2.479
3	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2.070
4	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1.890
5	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	1.771
6	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.297
7	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.258
8	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.202
9	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.163
10	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	1.129
11	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.041
12	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	901
13	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) – EPU	865
14	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	861
15	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung – Kardiales Mapping	815
16	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	694
17	9-984	Pflegebedürftigkeit	676



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

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
- Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	660
19	3-05g	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	653
20	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	507
21	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	390
22	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie	341
23	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	321
24	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	314
25	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	194
26	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	180
27	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	162
28	3-722	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	147
29	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	135
30	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	124

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 Absatz 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)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
- Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

Spezialambulanz für pulmonale Hypertonie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 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 Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie

Spezialambulanz für Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewebserkrankungen

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

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)	181
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	10
3	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	4
4	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
5	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	< 4
6	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	< 4

B-3.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
 B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
 - Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und
 internistische Intensivmedizin

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte		60,54	72,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	60,54 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	44,42 16,12	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		20,58	212,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	20,58 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	15,10 5,48	

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
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		77,04	56,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	69,04 8,00		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	77,04 -		



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

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

- Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,25	17.496,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,25 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,25 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		1,03	4.246,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,03 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,03 -		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		2,69	1.626,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,69 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,69 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		14,17	308,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	14,17 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,17 -		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetes
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement



B-4 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie



Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser

B-4.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik 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 Patientinnen und Patienten 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

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

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

B-4.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.381
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	28

B-4.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	189
2	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	90
3	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	82
4	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	76
5	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	71
6	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	70
7	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	51
8	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	51
9	K80	Gallensteinleiden	49
10	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	38
11	K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	34
12	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	29
13	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	28
14	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	24
15	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms – Morbus Crohn	23
16	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	23
17	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	22
18	I85	Krampfader der Speiseröhre	21
19	K75	Sonstige entzündliche Krankheit der Leber	20
20	C16	Magenkrebs	18



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-4 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	17
22	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	17
23	C15	Speiseröhrenkrebs	16
24	K25	Magengeschwür	14
25	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	14
26	K63	Sonstige Krankheit des Darms	14
27	K65	Bauchfellentzündung – Peritonitis	14
28	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	13
29	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	12
30	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	11

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	1.635
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.016
3	5-469	Sonstige Operation am Darm	923
4	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	737
5	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	439
6	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	343
7	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	334
8	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	295
9	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	286
10	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	285
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	244
12	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	197
13	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	160
14	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	156
15	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	145
16	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	145



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	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	144
18	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	143
19	5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	129
20	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	123
21	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	115
22	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	112
23	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	112
24	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	111
25	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	99
26	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	91
27	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	90
28	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	82
29	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	65
30	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	58

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Endoskopie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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	1.304
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	600
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	185
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	176
5	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
6	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	22
7	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	16
8	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	5
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
10	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	< 4
11	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
12	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 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 und Ärzte			20,85	66,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,85		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	15,64		
	- ambulant	5,21		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			12,49	110,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,49		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	9,37		
	- ambulant	3,12		

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
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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		32,98	41,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	32,49 0,49		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	30,82 2,16		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		3,76	367,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,76 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,76 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		8,84	156,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	8,84 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	8,84 -		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement Wundberaterinnen/Wundberater



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

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

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

B-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 und Ärzte			3,58	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	3,58		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			2,12	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,12		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,12		

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



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF52	Ernährungsmedizin

B-5.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		1,59	–
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		1,59		
- indirekt		–		
Versorgungsbereich				
- stationär		–		
- ambulant		1,59		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,75	–
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		1,75		
- indirekt		–		
Versorgungsbereich				
- stationär		–		
- ambulant		1,75		

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
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement 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 – 42160

Telefax 0221 / 478 – 3898

spz@uk-koeln.de

Stellv. Leiter

PD Dr. med. Max C Liebau

Telefon 0221 / 478 – 42101

max.liebau@uk-koeln.de

Im sozialpädiatrischen Zentrum (iSPZ) werden chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit besonderem Bedarf in einem multiprofessionellen Team betreut.

Hierzu gehören derzeit Patientinnen und Patienten der Neuropädiatrie und/oder mit Bedarf an Diagnostik in der Entwicklungsneurologie, sowie des Weiteren pädiatrische Adipositaspatientinnen und -patienten und pädiatrische, chronisch kranke Patientinnen und Patienten der Diabetologie, Endokrinologie, Osteologie, Rheumatologie, Gastroenterologie und Onkologie mit interdisziplinärer Versorgung.



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 – 42101

Telefax 0221 / 478 – 30538

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 – 40688

Telefax 0221 / 478 – 30541

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 Patientinnen und Patienten 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

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	Neonatalogie
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK25	Neugeborenen screening (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

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

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

B-6.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.099
Teilstationäre Fallzahl	701
Anzahl Betten	128

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	339
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	264
3	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	196
4	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim – Mukoviszidose	125
5	P22	Atemnot beim Neugeborenen	120
6	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	106
7	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	102
8	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	95
9	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	88
10	J20	Akute Bronchitis	88
11	C74	Nebennierenkrebs	86
12	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege – Bronchiolitis	79
13	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	77
14	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	76
15	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	62
16	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	57
17	Z27	Notwendigkeit der Impfung gegen Kombinationen von ansteckenden Krankheiten	56
18	K35	Akute Blinddarmentzündung	54
19	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	51
20	S52	Knochenbruch des Unterarmes	50
21	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	49
22	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-1	48
23	C71	Gehirnkrebs	47
24	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	44
25	K40	Leistenbruch (Hernie)	42
26	Q53	Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums	40
27	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	38
28	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	36
29	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	36
30	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	36



B-6.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.019
2	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	968
3	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	857
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	715
5	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	465
6	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	449
7	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	395
8	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	356
9	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	331
10	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	326
11	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	291
12	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	248
13	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	231
14	9-500	Patientenschulung	220
15	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	213
16	8-822	Filterung bestimmter Blutfette (LDL-Cholesterin) aus dem Blut	204
17	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	160
18	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	145
19	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multi-resistenten Krankheitserregern	143
20	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	136
21	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	135
22	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	127
23	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	118
24	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	113
25	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	111
26	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	105
27	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	99
28	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	99
29	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	91



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
30	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	83

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 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)

auch Spezialambulanz an Kinderkliniken nach § 120 Absatz 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose



Nephrologie

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

Ambulante Dialyse in Kooperation mit dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, auch Spezialambulanz an Kinderkliniken nach § 120 Absatz 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 Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Kinder)

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) und Neuropädiatrie

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

Im SPZ werden chron. kranke Kinder u. Jugendliche m. bes. Bedarf an Diagnostik in d. Entwicklungsneurologie multiprofessionell betreut: Pat. der Neuropädiatrie, päd. Adipositaspat. u. päd. chron. kranke Pat. der Diabetologie, Endokrinologie, Osteologie, Rheumatologie, Gastroenterologie u. Onkologie.

B-6.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	21
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	9
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	5
4	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
5	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
6	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	< 4
7	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	< 4
8	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
9	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	< 4



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 und Ärzte		80,39	63,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	80,39 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	18,79 61,60	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		46,80	108,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	46,80 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,94 35,86	

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämатologie und -Onkologie
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ09	Kinderchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
ZF17	Kinder-Gastroenterologie
ZF18	Kinder-Nephrologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie
ZF27	Naturheilverfahren



Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-6.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		26,75	190,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,40		
	- indirekt	8,35		
Versorgungsbereich	- stationär	25,60		
	- ambulant	1,15		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		144,37	35,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	144,37		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	140,70		
	- ambulant	3,67		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		1,49	3.422,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,49		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,49		
	- ambulant	–		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		0,93	5.482,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,93		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,93		
	- ambulant	–		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		16,17	315,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,17		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	16,17		
	- 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
PQ02	Diplom
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 2020
B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetes
ZP20	Palliative Care
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP16	Wundmanagement



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 Überlebenschancen für Kinder und Jugendliche garantiert werden. Darüber hinaus kann neben einer deutlich verbesserten Überlebenschance auch eine messbare Verbesserung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit angeborenen Herz- und Gefäßkrankungen 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 Patientinnen und Patienten 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) Gefäßkrankungen
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

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

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

B-7.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	473
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	112
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)	37
5	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	36
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	16
7	P29	Krankheit des Herz- und Kreislaufsystems mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	10
8	Q24	Sonstige angeborene Fehlbildung des Herzens	9
9	I45	Sonstige Störung der Erregungsleitung des Herzens	8
10	Z27	Notwendigkeit der Impfung gegen Kombinationen von ansteckenden Krankheiten	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	167
2	9-203	Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen	106
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	94
4	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	70
5	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	57
6	8-838	Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	44
7	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)	39



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	35
9	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	33
10	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	33

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 Vorhofventrikel-stimulationssysteme 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 und Ärzte			6,71	70,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,71		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	5,39		
	- ambulant	1,32		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,43	106,77
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,43		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	3,56		
	- ambulant	0,87		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF67	Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)

B-7.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		4,28	110,51
Beschäftigungsverhältnis		- direkt - indirekt	4,28 -	
Versorgungsbereich		- stationär - ambulant	2,68 1,60	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		14,57	32,46
Beschäftigungsverhältnis		- direkt - indirekt	14,57 -	
Versorgungsbereich		- stationär - ambulant	14,21 0,36	
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,73	647,95
Beschäftigungsverhältnis		- direkt - indirekt	0,73 -	
Versorgungsbereich		- stationär - ambulant	0,73 -	

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 2020
B-7 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ15	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement



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 Gallengangsoperationen

Pankreaschirurgie

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



Operationen bei Erkrankungen des Dickdarms und Dünndarms

- bei Divertikulitis
- bei Kolonkarzinom
- bei Rektumkarzinomen unter Einbeziehung von neoadjuvanten Konzepten mit Strahlen-/Chemotherapie
- bei gutartigen Mastdarmerkrankungen
- bei entzündlichen Dünndarmerkrankungen

Proktologie

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

Chirurgie des Retroperitoneums

- bei Weichteiltumoren im Rückraum des Bauches und bei Nebennierentumoren

Endokrine Chirurgie

- Hemithyreoidektomie, totale Thyreoidektomie, offene minimalinvasive Thyreoidektomie (OMIT)
- zentrale Kompartimentresektion, radikale modifizierte Neck Dissection bei Schilddrüsenkarzinomen
- offene minimalinvasive Parathyreoidektomie (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 und robotisch assistierte Leberchirurgie
- Laparoskopische und robotisch assistierte Pankreasresektion
- 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 Neurinomentfernung
- Kombiniert laparoskopische, handassistierte Nierenentnahme bei Verwandten-Nierentransplantation

Chirurgische Onkologie

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

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

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

Das Universitätsklinikum ist ein von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkanntes Onkologisches Zentrum und die Chirurgie ist aufs engste verflochten mit dem Zentrum für integrierte Onkologie, in dem interdisziplinäre Therapiekonzepte erarbeitet werden. Es werden viermal wöchentlich Tumorboardkonferenzen durchgeführt. Dort werden 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 2020
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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

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

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

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

B-8.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.867
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	62

B-8.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C16	Magenkrebs	270
2	C15	Speiseröhrenkrebs	188



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	98
4	K80	Gallensteinleiden	71
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	70
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	53
7	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	49
8	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	46
9	K35	Akute Blinddarmentzündung	43
10	Z52	Spender von Organen oder Geweben	42
11	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	41
12	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	36
13	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	32
14	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	30
15	K40	Leistenbruch (Hernie)	30
16	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	29
17	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	29
18	C73	Schilddrüsenkrebs	27
19	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	24
20	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	23
21	E21	Überfunktion bzw. sonstige Krankheit der Nebenschilddrüsen	22
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	22
23	D48	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	21
24	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	21
25	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	19
26	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	18
27	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	17
28	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	17
29	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	15
30	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	14



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	569
2	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	544
3	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	311
4	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	246
5	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	220
6	5-426	Entfernung der gesamten Speiseröhre mit Wiederherstellung der Verbindung	201
7	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	181
8	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	171
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	154
10	5-449	Sonstige Operation am Magen	148
11	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	130
12	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	128
13	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	110
14	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	108
15	5-454	Operative Dünndarmentfernung	108
16	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	93
17	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	92
18	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	91
19	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	91
20	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	86
21	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	85
22	5-502	Operative Entfernung eines oder mehrerer Lebersegmente	83
23	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	79
24	5-555	Nierenverpflanzung (Transplantation)	77
25	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	75
26	5-554	Operative Entfernung der Niere	75
27	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	74
28	5-433	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens	72
29	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	70
30	5-987	Operation unter Anwendung eines Operations-Roboters	70



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 ambulante/stationär und sie ist nicht nach der OPS-Systematik differenziert.

High Resolution Manometrie	231
24h pH-Metrie/Impedanzmessung	207
Restech-Messung	33

(Fallzahlen aus 2020)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Transplantationsambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 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	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	52
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	31
3	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	24
4	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	14
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	8
6	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	6
7	5-469	Sonstige Operation am Darm	4
8	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
9	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
10	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 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 und Ärzte		23,10	80,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	23,10 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	19,73 3,37	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		15,89	117,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	15,89 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	13,57 2,32	

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		51,99	35,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	49,80 2,19		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	50,16 1,83		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,53	737,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,53 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,09 0,44		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,90	2.074,44
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,90 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,90 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		2,00	933,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,83 0,17		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		5,23	356,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,23 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,23 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		3,81	490,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,81 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,15 0,66		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		7,15	261,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,15 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,82 0,33		

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 2020
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

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
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement



B-9 **Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Bernhard Dorweiler

B-9.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie
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
Komm. Leitung (01.10.2019 - 31.03.2020)	Dr. med. Spyridon Mylonas
E-Mail	spyridon.mylonas@uk-koeln.de
Klinikdirektor (ab 01.04.2020)	Univ.-Prof. Dr. med. Bernhard Dorweiler
Telefon	0221 / 478 – 32498
Telefax	0221 / 478 – 32499
E-Mail	gefaesszentrum@uk-koeln.de



Kurzportrait

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

Besonders wird die endovaskuläre 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 endovaskulär 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 endovaskulär 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 viszeralen Ischämie
- Operative und endovaskuläre Behandlung von Nierenarterienstenosen
- Operative und endovaskuläre Therapie der cerebrovaskulären Insuffizienz bei hochgradigen, asymptomatischen und symptomatischen Stenosen der Arteria carotis interna
- Behandlung der vertebrobasilären Insuffizienz
- Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der oberen und unteren Extremitäten
- Operative Therapie von Kompressionssyndromen der Arterien und Venen, der oberen und unteren Extremität, der 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
- Versorgung chronischer Wunden inklusive des diabetischen Fußsyndromes mit schonenden Verfahren zur Wundreinigung (inkl. Kaltplasma), Granulationsförderung und Weichteildeckung (inkl. plastisch-rekonstruktiver Verfahren, Anwendung mariner Wundmatrix)
Es besteht eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Klinik für Dermatologie im ICW-zertifizierten Wundzentrum.

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



Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC63	Amputationschirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD20	Wundheilungsstörungen

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-9.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	864
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	310
2	I70	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose	131
3	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	111
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	86
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	69
6	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	30
7	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	27
8	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	24
9	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	8
10	A46	Wundrose – Erysipel	4
11	E78	Störung des Fettstoffwechsels bzw. sonstige Erhöhung der Blutfettwerte	4
12	I87	Sonstige Venenkrankheit	4
13	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
14	C53	Gebärmutterhalskrebs	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-9 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
15	C55	Gebärmutterkrebs, genauer Ort vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
16	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	< 4
17	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	< 4
18	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	< 4
19	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	< 4
20	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	< 4
21	I21	Akuter Herzinfarkt	< 4
22	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	< 4
23	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	< 4
24	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	< 4
25	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	< 4
26	R58	Blutung	< 4
27	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	< 4
28	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	< 4
29	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremtteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	< 4
30	T87	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind	< 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	482
2	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	373
3	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	370
4	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	315
5	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	303
6	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	297
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	272
8	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	234
9	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	233
10	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	166
11	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	157
12	8-842	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße	150



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-9 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
13	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	146
14	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	129
15	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	119
16	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	81
17	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	79
18	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	74
19	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	65
20	5-382	Operative Entfernung von Blutgefäßen mit Verbindung der zwei Enden	56
21	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	37
22	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	31
23	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multi-resistenten Krankheitserregern	25
24	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	24
25	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	24
26	5-389	Sonstiger operativer Verschluss an Blutgefäßen	23
27	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	17
28	5-383	Operative Entfernung und Ersatz von (Teilen von) Blutgefäßen	14
29	5-396	Operative Verlagerung bzw. Verpflanzung von Blutgefäßen	13
30	8-84a	Einpflanzen von sonstigen Röhrchen (Stents) mit bedeckten Maschen und großem Durchmesser in Blutgefäße	13

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-9 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßkrankungen

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	6
2	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	4
3	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	< 4
4	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	< 4
5	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	< 4
6	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	< 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 und Ärzte		9,64	89,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,64 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	8,19 1,45	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		4,27	202,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,27 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,63 0,64	

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie



B-9.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		21,28	40,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	18,33 2,95		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	21,28 -		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,39	621,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,39 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,39 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,20	4.320,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,20 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,20 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		2,50	345,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,50 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,50 -		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP16	Wundmanagement



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 und Poliklinik 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. 3.500 Eingriffe in fünf Operationssälen durchgeführt.

Um eine maximale Behandlungsqualität zu erreichen, ist das Zentrum strukturiert in die Klinik und Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie und die Klinik und Poliklinik 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.

Aufgrund unserer besonderen chirurgischen Expertise im Bereich der neurovaskulären Medizin ist das Zentrum für Neurochirurgie Mitglied des im Jahre 2020 gegründeten, zertifizierten „Neurovaskulären Netzwerks“, welches neben der Uniklinik Köln auch das Klinikum Merheim und mehrere neurologische Kliniken umfasst.

Klinik und Poliklinik 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. Unser Zentrum ist federführend bei der Erstellung europäischer Leitlinien verschiedener Tumorerkrankungen.

- Vaskuläre Neurochirurgie

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

- Wirbelsäulen Chirurgie

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 14 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 und Poliklinik 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, immun- und molekularbiologisch unter Verwendung modernster MRT und PET Bildgebung 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.

- Robotik assistierte Radiochirurgie mittels Cyberknife

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

- Behandlung von chronischen Schmerzsyndromen und Spastik

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

Die Klinik verfügt über die modernste stereotaktische Operationsabteilung Deutschlands 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-10 Zentrum für Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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

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

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

B-10.5

Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.571
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	77

B-10.6

Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	244
2	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	240
3	M54	Rückenschmerzen	231
4	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	182
5	C71	Gehirnkrebs	172
6	S06	Verletzung des Schädelinneren	165
7	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	138
8	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	136
9	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	95
10	D33	Gutartiger Hirntumor, Hirnnerventumor bzw. Rückenmarkstumor	76



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-10 Zentrum für Neurochirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
11	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	60
12	G91	Wasserkopf	54
13	G50	Krankheit des fünften Hirnnervs	52
14	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	51
15	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	46
16	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	44
17	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	39
18	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	39
19	G20	Parkinson-Krankheit	30
20	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	25
21	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	20
22	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	19
23	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	19
24	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	18
25	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	17
26	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	16
27	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen *	16
28	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	16
29	G97	Krankheit des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen	15
30	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	15

* = ICD T81 – 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	1.233
2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	897
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	767
4	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	734
5	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	632
6	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	604
7	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	588



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	572
9	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	510
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	507
11	5-983	Erneute Operation	482
12	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	481
13	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	426
14	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	401
15	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	400
16	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	358
17	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	339
18	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	317
19	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	281
20	8-925	Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems während einer Operation	246
21	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule – Spondylodese	245
22	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	237
23	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	206
24	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremdteilen wie Mess-Sonden oder Medikamenten-pumpen	193
25	1-511	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gehirn bzw. Hirnhäuten, computergesteuert und unter Röntgenkontrolle (stereotaktisch)	178
26	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	165
27	5-038	Operation an den Hirnwasserräumen im Rückenmarkskanal	157
28	5-036	Wiederherstellende Operation an Rückenmark bzw. Rückenmarkshäuten	143
29	5-014	Computergesteuerte Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten unter Röntgenkontrolle	142
30	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	139

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, Zepelinstr. 1.

Nr.	Angebotene Leistung
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-10 Zentrum für Neurochirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Neuroonkologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-10 Zentrum für Neurochirurgie

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 Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	19
2	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	< 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 Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nervs	< 4
5	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	< 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 und Ärzte			35,51	72,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	35,51		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	33,27		
	- ambulant	2,24		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			19,96	128,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	19,96		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	18,70		
	- ambulant	1,26		

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
AQ41	Neurochirurgie
AQ42	Neurologie

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		79,21	32,46
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	76,18		
	- indirekt	3,03		
Versorgungsbereich	- stationär	78,32		
	- ambulant	0,89		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-10 Zentrum für Neurochirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		3,76	683,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,76 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,69 0,07		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		1,88	1.367,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,88 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,88 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		3,98	645,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,98 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,71 0,27		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,84	669,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,84 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,84 -		

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 Bachelor Betriebswirtschaftslehre
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP29	Stroke Unit Care
ZP16	Wundmanagement



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 Herzpatienten, Patienten mit Herzunterstützungssystemen und Patienten mit s. g. extracorporalen Membranoxygenatoren. Zusätzlich wird in der CardioCliniC Köln als Dependence in Köln-Kalk eine operative Einheit mit zusätzlicher Intensivstation genutzt.

Insgesamt werden jährlich über 2.200 Operationen durchgeführt, davon etwa 1.400 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 Gefäßkrankungen
VC24	Tumorchirurgie



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, Ventrikelruptur
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC07	Herztransplantation
VC01	Koronarchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC05	Schrittmachereingriffe

Thoraxchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC00	Behandlung von Thoraxdeformitäten
VC11	Lungenchirurgie
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC59	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

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

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

B-11.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.787
Teilstationäre Fallzahl	48
Anzahl Betten	74

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	308
2	I21	Akuter Herzinfarkt	225
3	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	221
4	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	165
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	126
6	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	95
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	87
8	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	62
9	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	54
10	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	45
11	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	45
12	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	20
13	J86	Eiteransammlung im Brustkorb	19
14	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	15
15	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	15
16	J98	Sonstige Krankheit der Atemwege	14
17	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	12
18	I50	Herzschwäche	12
19	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen – Pneumothorax	12
20	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	12



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	11
22	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	11
23	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	10
24	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	9
25	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	9
26	E32	Krankheit der Thymusdrüse	8
27	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	7
28	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	7
29	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	6
30	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens – AV-Block bzw. Linksschenkelblock	6

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)	1.443
2	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	1.057
3	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	758
4	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	541
5	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	403
6	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	395
7	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	375
8	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	283
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	270
10	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	252
11	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	248
12	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	230
13	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	218
14	5-35a	Operation an Herzklappen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	215
15	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	211



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	208
17	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	207
18	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	161
19	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	160
20	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehensgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	158
21	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	138
22	8-852	Behandlung mit einer Herz-Lungen-Maschine zur Anreicherung von Sauerstoff im Blut außerhalb des Körpers – ECMO bzw. prä-ECMO-Therapie	138
23	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	129
24	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	127
25	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen – Valvuloplastik	125
26	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	110
27	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	104
28	5-322	Operative Entfernung von Lungengewebe, ohne Beachtung der Grenzen innerhalb der Lunge	98
29	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	96
30	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	88

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC11	Lungenchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

Schrittmacherambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC05	Schrittmachereingriffe

B-11.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	7
2	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	5
3	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4

B-11.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.11

Personelle Ausstattung

B-11.11.1

Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			40,66	43,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	40,66		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	36,23		
	- ambulant	4,43		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			18,49	96,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,49		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	16,48		
	- 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
AQ01	Anästhesiologie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie
AQ12	Thoraxchirurgie

Weiterbildungsermächtigung

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

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

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

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

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

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

B-11.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		100,99	17,69
Beschäftigungsverhältnis		- direkt - indirekt	84,98 16,01	
Versorgungsbereich		- stationär - ambulant	100,99 -	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,43	1.249,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,43 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,43 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		6,59	271,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,59 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,59 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		6,83	261,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,83 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,83 -		

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 Bachelor of Nursing
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement



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	frank.jaeger@uk-koeln.de



Kurzportrait

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

- Allgemeine Urologie
- Blasenentleerungsstörungen
- 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	EBU Subspeciality Centre Testis Cancer European Board of Urology
VU00	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
VU00	HDR-Brachytherapie
VU00	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum seit 2013 Deutsche Kontinenzgesellschaft



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-12 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU00	Prostatakrebszentrum Uro-Onkologisches Zentrum und European Uro-Oncology Centre
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

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

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

B-12.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.248
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	47

B-12.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C67	Harnblasenkrebs	353
2	C61	Prostatakrebs	341
3	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	195
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	163
5	C62	Hodenkrebs	118
6	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	114
7	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	100
8	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	74



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-12 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in einem oder mehreren Lymphknoten	60
10	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	45
11	N35	Verengung der Harnröhre	37
12	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	30
13	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	29
14	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	28
15	N48	Sonstige Krankheit des Penis	28
16	C65	Nierenbeckenkrebs	26
17	C66	Harnleiterkrebs	26
18	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	23
19	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	23
20	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	23
21	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	22
22	N30	Entzündung der Harnblase	20
23	C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	20
24	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	19
25	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	18
26	N28	Sonstige Krankheit der Niere bzw. des Harnleiters	17
27	C60	Peniskrebs	14
28	R77	Sonstige Veränderung der Bluteiweiße	14
29	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	13
30	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	13

B-12.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	1.260
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	703
3	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	650
4	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	394
5	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	301
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	281
7	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	252



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-12 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	240
9	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	184
10	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	182
11	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	182
12	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	180
13	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	163
14	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	155
15	5-987	Operation unter Anwendung eines Operations-Roboters	152
16	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	147
17	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	145
18	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	126
19	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	104
20	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	97
21	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	96
22	5-554	Operative Entfernung der Niere	94
23	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	93
24	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	89
25	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	87
26	5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	77
27	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	68
28	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	68
29	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	62
30	5-553	Operative Teilentfernung der Niere	61



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.	Angeborene 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 Harnleiterschleife	1.321
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	617
3	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	50
4	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	48
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
6	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
7	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	< 4
8	5-581	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges	< 4
9	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	< 4
10	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters – Sterilisationsoperation beim Mann	< 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 und Ärzte		15,66	143,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	15,66 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	13,18 2,48	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		7,48	300,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,48 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,30 1,18	

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie
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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		29,58	76,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	29,58 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	26,63 2,95		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,00	1.124,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,54 0,46		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
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 Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		2,00	1.124,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,07 0,93		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		2,00	1.124,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,00 -		

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 Betriebswirt für Sozial- und Gesundheitsberufe
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP14	Schmerzmanagement



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 105 Plan-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. Kourosch Zarghooni

Telefon 0221 / 478 – 7945

Telefax 0221 / 478 – 6060

kourosch.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 Centrums für Integrierte Onkologie (CIO))

Kinderorthopädie

Hüftdysplasie, Klumpfuß, Extremitätendeformität

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 2020
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

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

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

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

B-13.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.912
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	94

Hier werden die durchschnittlich betriebenen Betten analog zur Landeskrankenhausstatistik ausgewiesen. Die Differenz zu den Plan-Betten ergibt sich z. B. bei temporären Bettensperrungen wegen Quarantäne eines Patienten in einem Mehrbettzimmer oder auch bei Personalmangel.

B-13.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	166
2	M54	Rückenschmerzen	148
3	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	121
4	S52	Knochenbruch des Unterarmes	121
5	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	120
6	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	118
7	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	101
8	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	91
9	S06	Verletzung des Schädelinneren	85
10	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	78
11	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	77
12	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	75



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
13	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	73
14	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	55
15	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	54
16	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	54
17	M25	Sonstige Gelenkrankheit	48
18	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	45
19	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	45
20	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	44
21	M22	Krankheit der Kniescheibe	43
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	42
23	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	41
24	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	39
25	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	39
26	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte – Osteoporose	38
27	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	37
28	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	34
29	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	32
30	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	30

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	1.300
2	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	751
3	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	697
4	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule – Spondylodese	526
5	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	507
6	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	484
7	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	474
8	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	469
9	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	428
10	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	415
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	397



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	360
13	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	346
14	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	338
15	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	322
16	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	302
17	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	293
18	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	285
19	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	259
20	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	247
21	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	239
22	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	236
23	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	233
24	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	229
25	5-837	Wirbelkörperersatz bzw. komplexe wiederherstellende Operation an der Wirbelsäule z.B. bei einem Buckel	224
26	1-503	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt	217
27	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	203
28	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	197
29	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	189
30	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	171



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

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

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

Privatambulanz

Privatambulanz

B-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	146
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	24
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	23
4	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	20
5	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	18
6	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	13
7	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	10
8	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	10
9	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	9
10	5-841	Operation an den Bändern der Hand	7
11	5-044	Nähen der äußeren Hülle eines Nervs bzw. Nervengeflechtes unmittelbar nach der Verletzung	5



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	5
13	5-807	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern sonstiger Gelenke	5
14	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	5
15	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	5
16	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	4
17	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	4
18	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	< 4
19	5-045	Nähen einzelner Fasern eines Nervs bzw. Nervengeflechtes unmittelbar nach der Verletzung	< 4
20	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nervs	< 4
21	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
22	5-79a	Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung von außen und Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
23	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4
24	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	< 4
25	5-843	Operation an den Muskeln der Hand	< 4
26	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 4
27	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
28	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
29	5-898	Operation am Nagel	< 4
30	5-917	Operative Auftrennung zusammengewachsener Finger oder Entfernung überzähliger Finger	< 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 und Ärzte		32,06	90,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	32,06 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	22,19 9,87	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		16,51	176,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	16,51 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,43 5,08	

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
AQ13	Viszeralchirurgie

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		74,50	39,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	70,88 3,62		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	70,95 3,55		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,68	1.086,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,68 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,49 0,19		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		3,00	970,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,61 0,39		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		2,69	1.082,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,69 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,69 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		7,63	381,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,63 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,15 1,48		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,71	784,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,71 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,71 -		

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 Bachelor of Nursing, Bachelor Medizinpädagogik
PQ02	Diplom Diplom Pflegemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement



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

familiaerer-brust-und-eierstockkrebs.uk-koeln.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

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

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

B-14.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	6.144
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	80



B-14.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.211
2	O42	Vorzeitiger Blasensprung	480
3	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	433
4	O80	Normale Geburt eines Kindes	326
5	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	306
6	C50	Brustkrebs	246
7	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	163
8	P22	Atemnot beim Neugeborenen	153
9	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	148
10	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	138
11	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	121
12	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	98
13	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	92
14	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	89
15	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit bzw. Entbindung	79
16	C56	Eierstockkrebs	78
17	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	73
18	O30	Mehrlingsschwangerschaft	70
19	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	67
20	C53	Gebärmutterhalskrebs	59
21	O46	Blutung vor der Geburt	56
22	C54	Gebärmutterkrebs	55
23	O44	Fehllage der Plazenta vor dem Muttermund	54
24	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	54
25	O35	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung oder Schädigung des ungeborenen Kindes	53
26	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	51
27	O62	Ungewöhnliche Wehentätigkeit	50
28	O04	Abtreibung	47
29	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	45
30	D27	Gutartiger Eierstocktumor	44



B-14.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	2.361
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.521
3	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	884
4	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	858
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	757
6	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	438
7	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	384
8	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	264
9	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	246
10	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	236
11	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	218
12	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	191
13	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	179
14	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	162
15	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	157
16	5-674	Wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals in der Schwangerschaft	139
17	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	132
18	9-984	Pflegebedürftigkeit	131
19	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	130
20	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	125
21	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	123
22	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	119
23	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	114
24	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	113
25	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	112
26	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut – Ausschabung	109
27	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	108
28	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	103
29	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	101
30	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	93



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 - Tumorgruppe 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	540
2	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	176
3	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut – Ausschabung	78
4	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	60
5	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	54
6	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	31
7	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	19
8	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	18
9	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	15
10	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	8
11	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	7



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
12	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	6
13	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	6
14	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	5
15	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	4
16	5-882	Operation an der Brustwarze	4
17	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Anus	< 4
18	5-660	Operativer Einschnitt in den Eileiter	< 4
19	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	< 4
20	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters – Sterilisationsoperation bei der Frau	< 4
21	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	< 4
22	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4

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

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

B-14.11 Personelle Ausstattung

B-14.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			34,62	177,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	34,62		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	25,62		
	- ambulant	9,00		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			21,82	281,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,82		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	16,15		
	- ambulant	5,67		

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



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin

B-14.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		59,58	103,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	45,40 14,18		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	57,01 2,57		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		10,32	595,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	10,32 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,10 0,22		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		3,41	1.801,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,41 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,35 0,06		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		0,50	12.288,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,50 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,42 0,08		
Hebammen und Entbindungspfleger	3 Jahre		19,29	318,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	19,29 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	16,82 2,47		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		4,40	1.396,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,40 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,70 0,70		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		14,32	429,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	14,32 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	13,86 0,46		

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
PQ02	Diplom Diplom Betriebswirtschaft - Schwerpunkt Gesundheitsmanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP23	Breast Care Nurse
ZP20	Palliative Care
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP16	Wundmanagement Wundexpertinnen/Wundexperten



B-15 **Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie**



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	Univ.-Prof. Dr. med. Jens Peter Klußmann
Telefon	0221 / 478 – 51660
Telefax	0221 / 478 – 62042
E-Mail	hno-chefsekretariat@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.

Dies beinhaltet auch plastisch rekonstruktive Verfahren, die insbesondere in der Chirurgie von Speicheldrüsenmalignomen eine große Rolle spielen. Bei den Rachenkarzinomen liegt ein Schwerpunkt in der Behandlung von HPV-assoziierten Karzinomen. Durch wissenschaftliche Aktivitäten können Patienten in eine Vielzahl von klinischen Studien eingeschlossen werden.

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, Plastische Chirurgie, Hörimplantate und die Schädelbasischirurgie. Bei bösartigen Tumoren wird die medikamentöse Tumortherapie 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 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
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD20	Wundheilungsstörungen

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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	Diagnostik und Therapie von Speicheldrüsenerkrankungen und Speicheldrüsengang- erkrankungen

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	Diagnostik und Therapie von Riechstörungen
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln

Ohr

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Rekonstruktive Chirurgie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI38	Palliativmedizin
VI40	Schmerztherapie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichts- chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen

B-15.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-15.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.288
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	39



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

B-15.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	148
2	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit – Cholesteatom	117
3	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	111
4	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	102
5	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	99
6	C32	Kehlkopfkrebs	98
7	H91	Sonstiger Hörverlust	91
8	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	65
9	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	64
10	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	53
11	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	47
12	C44	Sonstiger Hautkrebs	46
13	C01	Krebs des Zungengrundes	43
14	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	42
15	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	42
16	R04	Blutung aus den Atemwegen	42
17	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	39
18	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	37
19	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	36
20	C09	Krebs der Gaumenmandel	34
21	G47	Schlafstörung	33
22	H72	Trommelfellriss, die nicht durch Verletzung verursacht ist	31
23	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	31
24	J39	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege	30
25	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	28
26	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in einem oder mehreren Lymphknoten	28
27	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	27
28	J03	Akute Mandelentzündung	27
29	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	26
30	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	26



B-15.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Messung des Hörvermögens – Audiometrie	627
2	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	381
3	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	289
4	5-983	Erneute Operation	271
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	212
6	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	201
7	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	191
8	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	165
9	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	164
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	160
11	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	159
12	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	157
13	5-269	Andere Operation an Speicheldrüse bzw. Speicheldrüsenausführungsgang	157
14	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	156
15	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten – Neck dissection	152
16	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	125
17	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	117
18	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	117
19	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	116
20	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	106
21	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	96
22	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	92
23	5-292	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rachens	87
24	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	86
25	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges	86
26	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	77
27	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	72
28	1-247	Messung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns	67
29	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	61
30	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	61



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
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 Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)

Nachsorge nach Cochlear Implantation

Onkologische Nachsorge

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus n. § 116b 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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren
Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren
Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren

Pädaudiologie/Phoniatrie

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

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

Spezialambulanz für kindliche Hörstörungen

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Mittelohrchirurgie

Vor- und Nachsorge

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Erbringung von Leistungen im vor- und nachstationären Bereich

B-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)	91
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	51
3	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	19
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	13
5	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	12
6	5-184	Operative Korrektur absteher Ohren	7
7	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	6



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	4
9	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
10	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
11	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
12	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	< 4
13	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	< 4
14	5-188	Sonstige wiederherstellende Operation am äußeren Ohr	< 4
15	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	< 4
16	5-219	Sonstige Operation an der Nase	< 4
17	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
18	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4
19	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	< 4
20	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	< 4
21	5-316	Wiederherstellende Operation an der Luftröhre	< 4
22	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	< 4
23	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4
24	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 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 und Ärzte		20,18	113,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	20,18 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,93 5,25	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		11,04	207,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,04 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	8,17 2,87	

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
AQ67	Phoniatry und Pädaudiologie
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF33	Plastische Operationen

B-15.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		28,07	81,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	23,96 4,11		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	28,07 -		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,49	1.535,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,49 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,49 -		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,75	3.050,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,75 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,75 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,84	2.723,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,84 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,84 -		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		0,33	6.933,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,33 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,33 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		1,78	1.285,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,78 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,78 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		4,87	469,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,87 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,87 -		

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 Bachelor Pädagogik, Bachelor Ernährungsberatung
PQ15	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station/ eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement



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	augenlinik.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 Schwerpunkte 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 2020
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

Prof. 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 und Orthoptisten ausgebildet.

Schwerpunkt für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie

Prof. Dr. med. Tim U. Krohne

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-16 Zentrum für Augenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

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

B-16.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-16.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.676
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	58

B-16.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Grüner Star – Glaukom	1.931
2	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	1.043
3	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	441
4	H25	Grauer Star im Alter – Katarakt	392
5	H50	Sonstiges Schielen	321
6	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges – Keratitis	197
7	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	173
8	C44	Sonstiger Hautkrebs	115
9	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	97
10	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	81
11	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	79
12	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildung des Auges	79
13	H26	Sonstiger Grauer Star	74
14	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	72
15	H17	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges	65
16	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	61
17	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	56
18	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	40
19	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	29
20	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	28
21	D31	Gutartiger Tumor am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	23



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

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-1	17
23	H20	Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) bzw. des Strahlenkörpers des Auges	17
24	Q12	Angeborene Fehlbildung der Augenlinse	17
25	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	16
26	D23	Sonstige gutartige Tumoren der Haut	13
27	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	12
28	H30	Entzündung der Aderhaut bzw. der Netzhaut des Auges	11
29	Q10	Angeborene Fehlbildung des Augenlides, des Tränenapparates bzw. der knöchernen Augenhöhle	11
30	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe – Pemphigoidkrankheit	9

B-16.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-220	Messung des Augeninnendrucks	3.200
2	5-983	Erneute Operation	1.334
3	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1.143
4	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	976
5	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	845
6	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	785
7	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation	767
8	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	590
9	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	569
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	529
11	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	489
12	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	407
13	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	334
14	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	320
15	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	283
16	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	269
17	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	197
18	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	183
19	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	180



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

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	155
21	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	144
22	5-124	Nähen der Hornhaut des Auges	141
23	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	132
24	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	93
25	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	82
26	5-087	Wiederherstellende Operation des Tränenassengangs	59
27	5-097	Lidstraffung	58
28	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	54
29	5-10g	Schwächerer Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	53
30	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	52

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-16 Zentrum für Augenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Nr.	Angebotene Leistung
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

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Notfallversorgung bei Augenverletzungen, Verletzungen der Augenlider und der Augenahangsorgane, 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 Augenahangsgebilde

Privatambulanz

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenahangsgebilde
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	1.200
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	364
3	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	273
4	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	242



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-16 Zentrum für Augenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	5-097	Lidstraffung	227
6	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	224
7	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	115
8	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	95
9	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	93
10	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	93
11	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidtieftand	76
12	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	68
13	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	35
14	5-095	Nähen des Augenlides	32
15	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	32
16	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	30
17	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	27
18	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	22
19	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	14
20	5-086	Wiederherstellende Operation am Tränenkanal bzw. Tränenpunkt	10
21	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	9
22	5-113	Operativer Ersatz der Bindehaut des Auges	5
23	5-085	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Tränensack bzw. sonstigen Tränenwegen	4
24	5-098	Senkrechte Lidverlängerung	< 4
25	5-10f	Verstärkender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	< 4
26	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	< 4
27	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	< 4
28	5-147	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Augenlinse	< 4
29	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	< 4
30	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	< 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 und Ärzte		34,69	163,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	34,69 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	25,42 9,27	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		19,19	295,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	19,19 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,06 5,13	

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ04	Augenheilkunde

B-16.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		51,66	109,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	51,55 0,11		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	49,16 2,50		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,49	3.809,40
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,49 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,49 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		12,88	440,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	12,88 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	12,58 0,30		

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 2020
B-16 Zentrum für Augenheilkunde
- Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement Wundberaterinnen/Wundberater



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	neurologie-direktor@uk-koeln.de



Kurzportrait

Schwerpunkte in der Krankenversorgung

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

Stationär werden jährlich über 5.000 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, eine überregional zertifizierte Stroke Unit und eine Comprehensive Stroke Unit zur Verfügung.

In einer Frührehabilitationseinheit mit 20 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 und Ärzte und Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten 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 2020
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

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

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

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



B-17.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.201
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	102

B-17.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	970
2	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	428
3	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	351
4	G20	Parkinson-Krankheit	350
5	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems – Multiple Sklerose	191
6	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	163
7	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	160
8	C71	Gehirnkrebs	115
9	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	103
10	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	103
11	G43	Migräne	97
12	G12	Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung	96
13	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	96
14	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	90
15	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	87
16	H46	Entzündung des Sehnervs	87
17	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	79
18	G44	Sonstiger Kopfschmerz	78
19	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	68
20	R51	Kopfschmerz	63
21	G91	Wasserkopf	60
22	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	59
23	S06	Verletzung des Schädelinneren	56
24	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	51
25	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	44
26	G30	Alzheimer-Krankheit	40
27	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	39
28	G61	Entzündung mehrerer Nerven	38



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	G24	Bewegungsstörung durch Veränderung der Muskelspannkraft – Dystonie	33
30	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	32

Schwerpunkte in der Krankenversorgung

Stationär werden Erkrankungen des gesamten neurologischen Fachgebietes diagnostiziert und behandelt. Neben den Normalstationen stehen zur spezialisierten Behandlung eine eigene neurologische Intensivstation, eine überregional zertifizierte Stroke Unit und eine Comprehensive Stroke Unit zur Verfügung.

Ferner gibt es eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationseinheit. Die gesamte 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)	5.387
2	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	3.686
3	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2.444
4	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	2.227
5	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	1.431
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	1.373
7	1-206	Untersuchung der Nervenleitung – ENG	1.130
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	851
9	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	682
10	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	610
11	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur – EMG	506
12	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	446
13	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	379
14	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	353
15	8-552	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten	340



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	229
17	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	218
18	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	168
19	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	155
20	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	96
21	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	76
22	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	59
23	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	56
24	8-97d	Fachübergreifende Behandlung sonstiger lang andauernder Krankheiten	54
25	8-151	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	53
26	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	47
27	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	46
28	8-924	In den Körper eingreifende Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems	42
29	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	41
30	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	38

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

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

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

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

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

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

B-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 und Ärzte			42,57	122,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	42,57		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	36,34		
	- ambulant	6,23		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			15,47	336,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,47		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	13,21		
	- ambulant	2,26		

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
AQ42	Neurologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF39	Schlafmedizin

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

PD 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		114,33	45,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	104,00 10,33		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	114,09 0,24		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,33	2.232,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,33 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,33 -		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		3,54	1.469,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,54 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,54 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,63	8.255,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,63 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,63 -		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		3,35	1.552,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,35 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,35 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		5,25	990,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,25 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,25 -		

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
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ07	Pflege in der Onkologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP20	Palliative Care
ZP29	Stroke Unit Care
ZP16	Wundmanagement Wundexpertinnen/Wundexperten

Weitere Qualifikationen

- Pflegeberatung
- Therapeutisch Aktivierende Pflege (TaktiP)

Diese Qualifikationen sind nicht in der Auswahlliste des Gemeinsamen Bundesausschusses (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 105 Betten auf 5 Stationen, 25 teilstationäre Plätze in der Tagesklinik und ein Angebot der stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Zusammen mit der DAK betreibt die Klinik einen IV-Vertrag Zuhause-Behandlung von Patienten mit psychotischen und affektiven Erkrankungen.

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 Angehörigen-Gruppen 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 und Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, psychiatrisch geschultem Krankenpflegepersonal, Ergotherapeutinnen und -therapeuten und Sozialarbeiterinnen und -arbeitern) und verschiedene Spezialambulanzen (Zwangserkrankungen, Autismus, Depression im höheren Lebensalter) und das „Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychotische Krisen – FETZ“. Das FETZ bietet Beratung, Behandlung und begleitende Hilfen für Menschen mit einem erhöhten Risiko oder ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Das interdisziplinäre Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG) zur Früherkennung und Behandlung von Demenzen wird 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 betrieben.

Die Klinik leistet einen umfassenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliar-dienst 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
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention u. Rehabilitation psychischer, psychosomatischer u. entwicklungsbed. Störungen im Säuglings-, Kinder- u. Jugendalter
VP00	FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen - FETZ
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP12	Spezialsprechstunde Autismus, ADHS, Zwangsstörungen
VP00	Stationsäquivalente Behandlung (StäB)
VP00	Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG)
VP00	Zuhause-Behandlung von Patienten mit Psychose

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten 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

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

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

B-18.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.073
Teilstationäre Fallzahl	178
Anzahl Betten	102
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	25

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	248
2	F20	Schizophrenie	157
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	114
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	111
5	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	65
6	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	54
7	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	46
8	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht – Schizoaffektive Störung	39
9	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	33
10	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	26
11	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	25
12	F41	Sonstige Angststörung	21
13	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	19
14	G30	Alzheimer-Krankheit	15
15	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	13
16	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	12
17	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	12
18	F42	Zwangsstörung	12



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	11
20	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	8
21	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln – Ticstörung	4
22	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	< 4
23	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opiode)	< 4
24	F30	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung – Manische Episode	< 4
25	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4
26	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	< 4
27	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4
28	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4
29	G20	Parkinson-Krankheit	< 4
30	Z73	Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	< 4

B-18.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	8.267
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.285
3	9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	733
4	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	556
5	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	314
6	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	312
7	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	272
8	8-632	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]	222
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	187
10	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	89
11	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskranke	83
12	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen	74



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
13	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	26
14	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	23
15	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	18
16	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	13
17	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	9
18	9-647	Spezifische qualifizierte Entzugsbehandlung Abhängigkeitskranker bei Erwachsenen	6
19	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	5
20	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	4
21	9-61b	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 5 oder mehr Merkmalen	4
22	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
23	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	< 4
24	3-750	Darstellung der Stoffwechselforgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	< 4
25	3-752	Darstellung der Stoffwechselforgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	< 4
26	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	< 4
27	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	< 4
28	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen – Elektrokrampftherapie	< 4
29	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	< 4
30	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	< 4

B-18.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

Altersdepressionsambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik und Behandlung von Depression im Alter, neuropsychologische Testungen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Autismusambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter, neuropsychologische Testungen

EKT-Sprechstunde

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Indikationsstellung für EKT-Behandlungen

Früherkennungs- und Therapiezentrum (FETZ)

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik von Risikostadien für Psychosen, neuropsychologische Testungen

Privatambulanz

Privatambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Psychiatrische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Zwangsstörungen und Tourette-Syndrom

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik und Behandlung von Zwangsstörungen und Tourette-Syndrom

Zentrum für Gedächtnisstörungen

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik und Behandlung von Gedächtniserkrankungen im Alter,
neuropsychologische Testungen, Lumbalpunktionen

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 und Ärzte		18,20	58,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	18,20 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,01 4,19	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		7,52	142,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,52 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,79 1,73	

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		81,10	13,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	80,94 0,16		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	79,65 1,45		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,94	553,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,94 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,94 -		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,23	4.665,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,23 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,23 -		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master Community Mental Health
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP13	Qualitätsmanagement
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-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		2,41	445,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,41 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,90 0,51	
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		1,65	650,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,65 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,30 0,35	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)		20,92	51,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	20,92 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	12,55 8,37	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		6,99	153,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 5,99	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,67 0,32	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		2,78	385,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- 2,78	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,78 -	

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	Robert-Koch-Straße 10 50931 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	kinder-jugendpsychiatrie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Kinder- und Jugendpsychiatrie (3000) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Bender, Licenciado en psicología (UNED, Madrid)
Telefon	0221 / 478 – 4370
Telefax	0221 / 478 – 6104
E-Mail	stephan.bender@uk-koeln.de
Zugangslink	Kontakt/Anfahrt



Kurzportrait

kinder-jugendpsychiatrie.uk-koeln.de

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 – dort werden vorwiegend Jugendliche mit emotional-instabilen Persönlichkeitsanteilen nach tiefenpsychologisch fundiertem Schwerpunkt behandelt (TFP-A).

2019 wurde eine weitere Station für Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren mit 8 Betten eröffnet, die nach einem spezifischen schematherapeutischen Konzept für Jugendliche arbeitet. Diagnostischer Schwerpunkt sind affektive Störungen aus dem depressiven Formenkreis.

Außer einem stationären Schwerpunkt, der sich mit Angststörungen und Schulabsentismus multipler Genese beschäftigt, gibt es eine spezielle Einheit für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen.

Eine spezielle Eltern-Kind-Einheit ermöglicht die stationäre Aufnahme von Kindern bis zum Einschulungsalter gemeinsam mit ihren Müttern bzw. Vätern.

AKiP – Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

akip.uk-koeln.de

Einen weiteren Schwerpunkt stellt das Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKiP dar, das 1999 gegründet wurde und seit 2018 in Köln Zollstock untergebracht ist. AKiP integriert Ausbildung, Versorgung und Forschung in Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen in einem universitären Rahmen.

Zeitgleich absolvieren etwa 300 Psychologinnen/Psychologen und Pädagoginnen/Pädagogen ihre Ausbildung zur/zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/en.

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

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

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

B-19.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	412
Teilstationäre Fallzahl	78
Anzahl Betten	46
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	178
2	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	34
3	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	34
4	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	32
5	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	31
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	23
7	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	15



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	15
9	F42	Zwangsstörung	9
10	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	6
11	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	6
12	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	4
13	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	4
14	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
15	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	< 4
16	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	< 4
17	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
18	F20	Schizophrenie	< 4
19	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	< 4
20	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	< 4
21	F41	Sonstige Angststörung	< 4
22	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4
23	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	< 4
24	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4
25	F70	Leichte Intelligenzminderung	< 4
26	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	< 4

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	4.909
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	998
3	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	285
4	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	276
5	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	149
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	42



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	9-686	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	39
8	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	< 4
9	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG *	< 4
10	1-797	Umfassende Untersuchung der Hormonfunktionen	< 4
11	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	< 4

* = OPS 1-207 – Die Anzahl der tatsächlich durchgeführten EEG-Untersuchungen liegt mit ausgezählt 25 für 2020 wesentlich höher.

B-19.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemein-Ambulanz

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

Kriseninterventionen, Notfallversorgung, kurzfristig post-stationäre und intensiviertere 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

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 Absatz 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 Absatz 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 2020
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 Absatz 1a Ärzte-ZV
(Unterversorgung)

Ausführliche Anamnese, standardisierte Fragebögen, autismusspezifische, testpsycholog. Diagnostik, Leistungsdiagnostik, körperl. u. neurolog. Untersuchung, Beratung b. schulischen u. pharmakologischen Fragen, verhaltenstherap. Behandlung, Familienberatungen, Hilfe b. Kontakt mit dem Jugendamt

Nr.	Angebotene Leistung
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP12	Spezialsprechstunde

Spezialambulanz für Enuresis

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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 2020
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 Absatz 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 Absatz 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 Absatz 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Trauma-Ambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 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 und Ärzte			17,89	23,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,89		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	12,41		
	- ambulant	5,48		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			8,22	50,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,22		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	5,70		
	- ambulant	2,52		

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		27,47	15,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	27,47 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	27,47 -		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		11,35	36,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,35 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,35 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		2,00	206,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,00 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,65	633,85
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,65 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	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
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ06	Master
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP08	Kinästhetik



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-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		8,96	45,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	8,96 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,93 3,03	
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		3,29	125,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,29 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,18 1,11	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		3,87	106,46
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,87 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,57 1,30	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		1,90	216,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,90 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,90 -	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		2,03	202,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- 2,03	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,03 -	
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen		9,58	43,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,58 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,80 2,78	

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 psychischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen (v. a. funktionelle und somatoforme Störungen, psychogene Essstörungen und 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 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 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 Patientinnen und Patienten jetzt in einem deutlich verbesserten Rahmen 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
VP12	Spezialsprechstunde

B-20.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-20.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	70
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	18

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	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	19
2	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	15
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	9
4	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	8
5	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	6
6	F41	Sonstige Angststörung	5
7	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
8	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	< 4



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	F54	Bestimmte psychologische Faktoren oder Verhaltenseigenschaften, die zur Entstehung von körperlichen, in anderen Kapiteln der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) enthaltenen Krankheiten beitragen	< 4
10	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	< 4

B-20.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1.476
2	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	755
3	9-410	Bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, bei der ein Patient einzeln behandelt wird – Einzeltherapie	743
4	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	139
5	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	126
6	1-900	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	39
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	8
8	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	< 4
9	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
10	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 ca. 1.500 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-beratendes 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.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	Psychodiabetologie
VP00	Psychokardiologie
VP14	Psychoonkologie

Privatambulanz

Privatambulanz

Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, besondere Expertise besteht im Bereich der Psychokardiologie und der Psychodiabetologie

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	Psychodiabetologie
VP00	Psychokardiologie



Nr.	Angeborene Leistung
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 und Ärzte		8,41	8,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	8,41 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,00 4,41	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		4,36	16,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,36 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,53 2,83	

Der überwiegende Teil der Arbeit erfolgt in dieser Fachabteilung ambulant und konsiliarisch für andere Fachabteilungen, daher ist die Angabe Fälle pro VK unrealistisch niedrig, denn hierbei werden nur die eigenen, vollstationären Fälle berücksichtigt.

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
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 –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-20 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Der Klinikleiter verfügt über die Weiterbildungsermächtigung Psychosomatische Medizin für vier 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		9,79	7,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,79 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	9,79 -		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,60	43,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,60 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,60 -		

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 Psychologie
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement 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-Psychologinnen und Diplom-Psychologen		0,26	269,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,26 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 0,26	

Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		1,00	70,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 1,00	

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)		1,08	64,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,08 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 1,08	

Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		1,10	63,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,10 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 1,10	

Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten im Sinne der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)			
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		0,08	875,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	- 0,08	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,08 -	

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)
- Echotherapie (HIFU) von Schilddrüsenknoten



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	Radiojodtherapie TSH-Stimulation beim Schilddrüsenkarzinom mit rekombinantem humanem TSH
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden Lu-177 DOTATATE Therapie b. neuroendokr. Tumoren, Lu-177 PSMA Therapie b. Prostatakarzinom, I-131 MIBG Therapie b. Neuroblastom u. Phäochromozytom, Y-90 Ibritumomab Tiuxetan b. follikul. NHL, Sm-153 Phophonat bzw. Ra-223 b. Knochenmetastasen, Y-90 Mikrosphären b. Lebermetastasen u. Leberzellkarzinom

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern



B-21.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-21.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	912
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14

B-21.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Schilddrüsenüberfunktion	380
2	C73	Schilddrüsenkrebs	354
3	C61	Prostatakrebs	49
4	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	29
5	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	26
6	C17	Dünndarmkrebs	19
7	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	13
8	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	10
9	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	7
10	C74	Nebennierenkrebs	7
11	D42	Tumor der Hirnhäute bzw. Rückenmarkshäute ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	5
12	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	4
13	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
14	C48	Krebs des Bauchfells (Peritoneum) bzw. des dahinter liegenden Gewebes (Retroperitoneum)	< 4
15	C50	Brustkrebs	< 4
16	C70	Hirnhautkrebs	< 4
17	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
18	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	< 4

B-21.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	617
2	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	307



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
3	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	240
4	8-530	Behandlung mit radioaktiven Substanzen, die vom Körper aufgenommen werden	133
5	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	122
6	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	111
7	3-73x	Bildgebende Verfahren sonstiger Organe mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT/CT)	106
8	3-752	Darstellung der Stoffwechsellvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	79
9	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	73
10	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	70
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	53
12	3-70b	Untersuchung der Stoffaufnahme und der Stoffabgabe von Zellen und Organen mithilfe radioaktiver Stoffe	41
13	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	35
14	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	32
15	3-708	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Blutgefäße mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	20
16	3-702	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	14
17	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	11
18	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	8
19	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	6
20	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	4
21	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4
22	3-700	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns und der Hirnwasser-räume mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
23	3-721	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	< 4
24	3-731	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT/CT)	< 4
25	3-75x	Darstellung der Stoffwechsellvorgänge sonstiger Organe mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	< 4
26	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	< 4
27	8-539	Sonstige Form der Behandlung mit radioaktiven Substanzen	< 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
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 Absatz 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Poliklinik für Nuklearmedizin

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR39	Radiojodtherapie
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

Poliklinik für Nuklearmedizin

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

PET bei den Diagnosen: Bösartiger Lungentumor (Centrum für Integrierte Onkologie, CIO) und Hodgkin-Krankheit (Deutsche Hodgkin Studiengruppe) sowie bei bösartigen Kopf-, Hals-Tumoren (CIO), aggressive Non-Hodgkin-Lymphome, maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen

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 und Ärzte		11,16	81,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,16 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,94 4,22	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		5,25	173,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,25 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,26 1,99	

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
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
Magnetresonanzspektroskopie 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		6,50	140,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,46 0,04		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,50 -		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,00	912,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,00 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		2,26	403,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,26 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,26 -		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ12	Notfallpflege



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

Computertomographie (CT)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)

Strahlentherapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR32	Hochvoltstrahlentherapie Perkutane Strahlenbehandlung (Linearbeschleuniger), Radiochemotherapie, radiochirurgische u. stereotaktische Bestrahlung (Hirntumoren), präoperative Radiochemotherapie, Ganzkörperbestrahlung, Radio-Immuntherapie, Mamma-Karzinom (Bestrahlung n. brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR30	Oberflächenstrahlentherapie
VR31	Orthovoltstrahlentherapie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD10	Diagnostik und Therapie sonstiger Krankheiten der Haut und Unterhaut

B-22.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-22.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	896
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	106
3	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	76
4	C09	Krebs der Gaumenmandel	45
5	C32	Kehlkopfkrebs	44
6	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	40
7	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	29
8	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	26
9	C03	Zahnfleischkrebs	24
10	C71	Gehirnkrebs	24



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
11	C01	Krebs des Zungengrundes	22
12	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	21
13	C51	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	19
14	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	17
15	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	17
16	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	14
17	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	14
18	C67	Harnblasenkrebs	14
19	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	11
20	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Anus bzw. des Darmausgangs	10
21	C54	Gebärmutterkrebs	10
22	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	9
23	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	8
24	C73	Schilddrüsenkrebs	8
25	C02	Sonstiger Zungenkrebs	7
26	C52	Scheidenkrebs	7
27	C44	Sonstiger Hautkrebs	6
28	C60	Peniskrebs	6
29	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in einem oder mehreren Lymphknoten	6
30	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst – Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	5

B-22.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebserkrankung – Hochvoltstrahlentherapie	7.184
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	563
3	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	211
4	8-523	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Telekobaltgeräten und Linearbeschleunigern *	176
5	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	132
6	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	92
7	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	84
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	76
9	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	13



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	13
11	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	9
12	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	7
13	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	6
14	3-752	Darstellung der Stoffwechselforgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	6
15	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	5
16	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	5
17	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	4
18	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	4
19	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	< 4
20	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	< 4
21	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	< 4
22	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	< 4
23	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4
24	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	< 4
25	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	< 4
26	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	< 4
27	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	< 4
28	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4
29	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	< 4
30	8-506	Wechsel bzw. Entfernung von eingebrachten Verbandstoffen (Tamponaden) bei Blutungen	< 4

* = OPS 8-523 – Für das Universitätsklinikum Köln nur: „Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Linearbeschleunigern“



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 Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 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 Mamma-Karzinom, 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 und Ärzte		16,09	55,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	16,09 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,74 11,35	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		6,44	139,13
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,44 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,90 4,54	

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		10,48	85,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	8,26 2,22		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	8,54 1,94		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		2,36	379,66
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,36 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,36 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,00	896,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,00 -		

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 2020
B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement



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 Ambulanzen werden jährlich von ca. 18.000 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 2020
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	Spezialsprechstunde
VD20	Wundheilungsstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres

Onkologie

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



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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

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

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

B-23.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.954
Teilstationäre Fallzahl	973
Anzahl Betten	57

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	335
2	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	241
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	140
4	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen – Systemische Sklerose	123
5	B02	Gürtelrose – Herpes zoster	103
6	B86	Krätze – Skabies	98
7	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	82
8	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe – Pemphigoidkrankheit	78
9	A46	Wundrose – Erysipel	70
10	L40	Schuppenflechte – Psoriasis	63
11	L30	Sonstige Hautentzündung	36
12	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	34
13	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe – Pemphiguskrankheit	30
14	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	26
15	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	25
16	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	21
17	L88	Geschwürbildung und Absterben der Haut	20
18	M35	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift	20



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht – Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	19
20	D03	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs – Melanoma in situ	19
21	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	18
22	I87	Sonstige Venenkrankheit	18
23	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	17
24	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	14
25	L73	Sonstige Krankheit im Bereich der Haarsätze (Haarfollikel)	14
26	C00	Lippenkrebs	13
27	M33	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Muskulatur und Haut angreift – Dermatomyositis-Polymyositis	12
28	L08	Sonstige örtlich begrenzte Entzündung der Haut bzw. Unterhaut	11
29	L51	Hautkrankheit mit scheidchenförmigen Rötungen – Kokardenerthem	11
30	L98	Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut	11

B-23.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	1.002
2	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	518
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	449
4	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	355
5	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	301
6	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	208
7	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	144
8	8-971	Fachübergreifende Behandlung einer Hautkrankheit	144
9	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	116
10	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	98
11	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	96
12	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	82
13	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hypo-sensibilisierung	82
14	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	79
15	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	73
16	5-914	Anwendung von chemischen Stoffen zur Hautentfernung	63



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	62
18	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	39
19	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	32
20	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	31
21	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	31
22	5-921	Operative Wundversorgung und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut bei Verbrennungen oder Verätzungen	24
23	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	24
24	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	20
25	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multi-resistenten Krankheitserregern	18
26	6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	15
27	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	14
28	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	14
29	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	13
30	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	13

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Dermatologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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 Absatz 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
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

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.	Angebotene Leistung
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten

STD-Ambulanz/Spezialambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

Tumorambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren

Wundheilungsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie chronischer Wunden

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

B-23.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-898	Operation am Nagel	9
2	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	8
3	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	4
4	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
5	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 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 und Ärzte		15,17	128,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	15,17 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	8,50 6,67	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		6,03	324,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,03 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,38 2,65	

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
AQ01	Anästhesiologie
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF04	Andrologie
ZF06	Dermatohistologie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF30	Palliativmedizin
ZF31	Phlebologie
ZF33	Plastische Operationen
ZF34	Proktologie



B-23.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		44,91	43,51
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	44,91 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	37,42 7,49		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		0,91	2.147,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,91 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,26 0,65		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		7,62	256,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,62 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	7,06 0,56		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement



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 – 96551
Telefax	0221 / 478 – 5774
E-Mail	Patricia.Schweiger1@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.

Des Weiteren 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 Volumetomographen zur optimalen Diagnostik. Des Weiteren finden bei sehr komplexen Verletzungen navigationsgestützte bzw. computer-assistierte Verfahren Anwendung.

Tumorchirurgie/Rekonstruktive Chirurgie

Hier findet eine sehr enge Kooperation mit den Kollegen der Klinik für Strahlentherapie statt. Zum chirurgischen 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“.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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 2020
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 2020
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-Gesichts- chirurgie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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

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

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

B-24.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.256
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	293
2	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	109
3	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	106
4	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	104
5	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	89
6	C44	Sonstiger Hautkrebs	47
7	C03	Zahnfleischkrebs	40
8	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	27
9	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	24
10	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	22
11	C04	Mundbodenkrebs	18
12	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	17
13	C02	Sonstiger Zungenkrebs	16
14	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	16
15	S01	Offene Wunde des Kopfes	15
16	C00	Lippenkrebs	13
17	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	12
18	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	10
19	L90	Hautkrankheit mit Gewebsschwund	10
20	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	10



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	10
22	C05	Gaumenkrebs	9
23	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	9
24	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	8
25	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	7
26	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	7
27	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	7
28	K14	Krankheit der Zunge	6
29	L98	Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut	6
30	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung – Osteomyelitis	6

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 objektiveres 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. Skeletale 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	469
2	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	409
3	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	302
4	5-230	Zahntfernung	269
5	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	262
6	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	249
7	5-231	Operative Zahntfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	237
8	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	202



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	198
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	191
11	5-764	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des vorderen Unterkiefers	184
12	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	161
13	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	140
14	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	133
15	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	132
16	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	122
17	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	121
18	5-166	Operativer Eingriff bzw. wiederherstellende Operation an der Augenhöhle oder des Augapfels	116
19	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	113
20	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	108
21	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	107
22	5-858	Entnahme bzw. Verpflanzung von Muskeln, Sehnen oder ihren Hüllen mit operativer Vereinigung kleinster Gefäße	107
23	5-765	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des hinteren Unterkiefers	95
24	5-160	Operative Eröffnung der Augenhöhle	94
25	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	76
26	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	76
27	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten – Neck dissection	75
28	5-249	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern	74
29	5-776	Operative Durchtrennung von Knochen zur Verlagerung des Untergesichts	73
30	5-77b	Knochenverpflanzung bzw. –umlagerung an Kiefer- oder Gesichtsschädelknochen	72

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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
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 Kraniofaziale 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	229
2	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	117
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	106
4	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	97
5	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	40
6	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	31
7	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	8
8	5-245	Zahnfreilegung	7
9	5-276	Operative Korrektur einer (angeborenen) Lippenspalte bzw. Lippen-Kieferspalte	7
10	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	7
11	5-237	Zahnwurzelspitzenentfernung bzw. Zahnwurzelkanalbehandlung	6
12	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	4
13	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	4
14	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	4
15	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
16	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	< 4
17	5-097	Lidstraffung	< 4
18	5-235	Wiedereinsetzen, Verpflanzung, Einpflanzung bzw. Stabilisierung eines Zahnes	< 4
19	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	< 4
20	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 4
21	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
22	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
23	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
24	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
25	5-898	Operation am Nagel	< 4
26	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4
27	5-909	Sonstige wiederherstellende Operation an der Haut bzw. Unterhaut	< 4

Oben genannte Tabelle fasst die therapeutischen Eingriffe im Rahmen von ambulanten Operationen zusammen. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den/die Leser/in und Kliniker/innen leider



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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 und Ärzte			13,98	90,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,98		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	10,87		
	- ambulant	3,11		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,36	199,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,36		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	4,95		
	- ambulant	1,41		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ65	Kieferorthopädie
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
AQ66	Oralchirurgie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie
AQ64	Zahnmedizin



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		19,66	64,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	18,83 0,83		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	19,17 0,49		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	ab 200 Stdn. Basiskurs		0,11	11.509,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,11 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,11 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		2,85	444,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,85 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,63 0,22		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,53	827,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,53 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,53 -		

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 Bachelor Pflegewissenschaften
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie
und Implantologie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement



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 Radiodiagnostik) sowie diagnostische Prozeduren, die unter Narkose durchgeführt werden müssen (z. B. Kinderheilkunde).

Oberstes Ziel ist dabei eine rasche Erholung von der Operation und die Vorbeugung von Komplikationen. Dabei ist eine konsequente Schmerzbehandlung von zentraler Bedeutung. Bei der operativen und diagnostischen Versorgung von Unfall- und anderen 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-25 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

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

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

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

B-25.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	250
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	37

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	S06	Verletzung des Schädelinneren	16
2	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	12
3	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	12
4	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	12
5	U04	Schweres akutes Atemwegssyndrom – SARS	9
6	C15	Speiseröhrenkrebs	7
7	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	7
8	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	6



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-25 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	C16	Magenkrebs	6
10	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	5
11	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	5
12	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	4
13	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	4
14	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
15	C50	Brustkrebs	< 4
16	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	< 4
17	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
18	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	< 4
19	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	< 4
20	I21	Akuter Herzinfarkt	< 4
21	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	< 4
22	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen – ARDS	< 4
23	J85	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) der Lunge bzw. des Mittelfells (Mediastinum)	< 4
24	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	< 4
25	K65	Bauchfellentzündung – Peritonitis	< 4
26	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	< 4
27	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	< 4
28	P22	Atemnot beim Neugeborenen	< 4
29	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	< 4
30	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	< 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	4.190
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.444
3	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	1.336
4	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	1.253
5	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.156
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	1.128



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-25 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	821
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	801
9	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	520
10	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen – Elektrokrampftherapie	345
11	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	313
12	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	219
13	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	209
14	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	170
15	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	158
16	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	149
17	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	125
18	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	120
19	9-984	Pflegebedürftigkeit	116
20	8-901	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Atemwege	105
21	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	103
22	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	101
23	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	97
24	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	92
25	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	79
26	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	76
27	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	67
28	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	64
29	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	52
30	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	46



B-25.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Anästhesiesprechstunde Orthopädie

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der Anästhesie-Sprechstunde werden Patientinnen und Patienten anästhesiologisch auf 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 auf 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 auf 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 und Ärzte			139,13	1,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	139,13		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	130,14		
	- ambulant	8,99		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			87,14	2,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	87,14		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	81,51		
	- ambulant	5,63		

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

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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		206,12	1,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	200,78		
	- indirekt	5,34		
Versorgungsbereich	- stationär	204,62		
	- ambulant	1,50		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-25 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		5,88	42,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,88 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,87 0,01		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		1,00	250,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,00 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,84	297,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,84 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,84 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,17	78,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,17 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,17 -		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor Bachelor of Nursing
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ22	Intermediate Care Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement



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 www.uk-koeln.de/sapv 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 und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, qualifiziertes Pflegepersonal und weitere qualifizierte Berufsgruppen wie Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Kunst- und Musiktherapeutinnen und Therapeuten sowie besonders geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

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

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

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

B-26.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	376
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	15

Weitere Fallzahlen 2020

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV):	645 Fälle
Palliativmedizinischer Konsildienst:	786 Fälle
MVZ insgesamt:	1.190 Fälle
Arzt-Patientenkontakte:	2.370
Hospizdienst:	
Anzahl durch Förderung finanziert ehrenamtlicher Sterbebegleitungen	50

B-26.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	R52	Schmerz	211
2	R06	Atemstörung	77
3	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	17
4	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	15
5	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	11
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	6
7	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	4
8	R53	Unwohlsein bzw. Ermüdung	4
9	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
10	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	< 4
11	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
12	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	< 4
13	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	< 4
14	F41	Sonstige Angststörung	< 4
15	G81	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung einer Körperhälfte	< 4
16	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	< 4
17	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-26 Zentrum für Palliativmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
18	I70	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose	< 4
19	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	< 4
20	K72	Leberversagen	< 4
21	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4
22	R05	Husten	< 4
23	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	< 4
24	R13	Schluckstörungen	< 4
25	R45	Beschwerden, die die Stimmung betreffen	< 4
26	R47	Sprech- bzw. Sprachstörung	< 4
27	R51	Kopfschmerz	< 4
28	R63	Beschwerden, die die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme betreffen	< 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	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	2.332
2	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	756
3	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung *	371
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	210
5	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung **	4
6	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4
7	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4
8	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4

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

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

B-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) gemäß §§ 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 und Ärzte			10,29	36,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,29		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	5,71		
	- ambulant	4,58		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			8,67	43,37
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,67		
	- indirekt	-		
Versorgungsbereich	- stationär	4,81		
	- ambulant	3,86		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
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
	2 Personen
ZF30	Palliativmedizin
	15 Personen
ZF35	Psychoanalyse
	1 Person



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-26 Zentrum für Palliativmedizin

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – 2 Personen
ZF42	Spezielle Schmerztherapie 3 Personen
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung 1 Person

B-26.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		33,13	11,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	32,96 0,17		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	22,59 10,54		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		0,55	683,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,55 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	– 0,55		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,42	895,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,42 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	– 0,42		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,75	501,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,75 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,75 –		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ02	Diplom Übersetzerin
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-26 Zentrum für Palliativmedizin

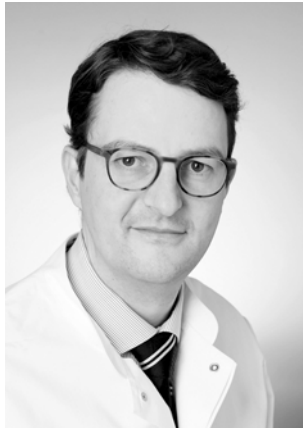
Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP23	Breast Care Nurse
ZP03	Diabetes
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement 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 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie 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 im EG und 1. UG des 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, Stentimplantationen, Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen sowie der endovaskulären Schlaganfallbehandlung, ferner die Diagnostik und minimal-invasive Therapie von Tumoren durch Chemo-perfusion, Chemoembolisation, Radiofrequenzablationen und MR-gesteuerten Gewebeablationen mittels hochenergetischen fokussierten Ultraschallwellen (HIFU-Therapien). Hierzu stehen unter anderem eine digitale Flachdetektor-Mammographie-Anlage, ein Mammothom, ein Spektral-Detektor bzw. Dual-Source CT, zwei modernste CT-Anlagen mit 256-Detektorzeilen, eine CT-Anlage mit 64 Detektorkränzen, vier modernste 3,0 Tesla MR-Tomographien (inklusive Möglichkeit für HIFU-Anwendungen), drei 1,5 Tesla MR-Tomographen, sechs digitale Röntgenanlagen, ein DEXA-Gerät, eine Durchleuchtungsanlage, 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 Instituts 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 2020 wurden die experimentelle und interventionelle Bildgebung, speziell die Forschung an neuen Applikationen von HIFU, insbesondere für die Tumorthherapie, sowie Data Science, Machine



Learning und Künstliche Intelligenz als neue Forschungsschwerpunkte in neuen Forschungsgruppen etabliert.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-27 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR43	Neuroradiologie
VR40	Spezialsprechstunde
VR44	Teleradiologie
VR47	Tumorembolisation

Andere bildgebende Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)

Computertomographie (CT)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren

Darstellung des Gefäßsystems

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR15	Arteriographie
VR17	Darstellung des Gefäßsystems: Lymphographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie

Magnetresonanztomographie (MRT)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren

Projektionsradiographie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)

Ultraschalluntersuchungen

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



Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern

B-27.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-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	4.511
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	4.115
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	3.871
4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	3.456
5	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	2.876
6	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	2.390
7	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.327
8	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	2.212
9	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1.898
10	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1.708
11	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1.701
12	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	1.045
13	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.006
14	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	800
15	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	734
16	3-611	Röntgendarstellung der Venen in Hals und Brustkorb mit Kontrastmittel	525
17	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	497



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	482
19	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	451
20	3-201	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel	448
21	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	434
22	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	398
23	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	389
24	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	375
25	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	372
26	3-60x	Sonstige Röntgendarstellung von Schlagadern mit Kontrastmittel	319
27	3-13x	Röntgendarstellung anderer Organe mit Kontrastmittel	302
28	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	279
29	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	272
30	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	241

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 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)



Hochschulambulanz (Poliklinik Radiologie)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebote Leistung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR15	Arteriographie
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Doppelsonographie
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR17	Lymphographie
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR02	Native Sonographie
VR43	Neuroradiologie
VR16	Phlebographie
VR07	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelf Verfahren
VR06	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel
VR40	Spezialsprechstunde
VR44	Teleradiologie
VR47	Tumorembolisation

Privatambulanz der Radiologie

Privatambulanz

Nr.	Angebote Leistung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR15	Arteriographie
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-27 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Angebotene Leistung
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Doppelsonographie
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR17	Lymphographie
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR02	Native Sonographie
VR43	Neuroradiologie
VR16	Phlebographie
VR07	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR06	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel
VR40	Spezialsprechstunde
VR44	Teleradiologie
VR47	Tumorembolisation

Medizinisches Versorgungszentrum des Universitätsklinikums Köln

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren



B-27.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	568
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	78
3	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	5
4	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	< 4
5	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	< 4
6	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	< 4
7	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	< 4
8	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	< 4
9	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	< 4
10	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	< 4
11	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 und Ärzte		46,81	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	46,81 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	32,62 14,19	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		19,63	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	19,63 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	13,68 5,95	

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-27 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

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 Patientinnen und Patienten der Uniklinik, verschiedener Nachbarkrankenhäuser sowie Praxen mit Blutkomponenten, transfusionsmedizinischen, immunhämatologischen und hämostaseologischen Leistungen.

In der Blut-Management-Ambulanz werden Patientinnen und 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, -E, HIV, Parvovirus B19 und Syphilis getestet; saisonal wird jede Fremdblutspende auf das West-Nil-Virus 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten 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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI00	Hämostaseologie
VI20	Intensivmedizin
VI45	Stammzelltransplantation
VI42	Transfusionsmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten 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

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

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



B-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	5.924
2	8-805	Übertragung (Transfusion) von aus dem Blut eines Spenders gewonnenen Blutstammzellen	209
3	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde – Transfusion von Eigenblut	58
4	8-802	Übertragung (Transfusion) von weißen Blutkörperchen von einem Spender	37
5	8-801	Kompletter Ersatz des Blutes eines Empfängers durch Spenderblut – Austauschtransfusion	9

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 und Ärzte			7,83	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,83		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,35		
	- ambulant	0,48		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,24	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,24		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,86		
	- ambulant	0,38		

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
Leiter des Zentrums (z. Z. beurlaubt)	Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig
E-Mail	sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de
Kommissarischer Leiter Bereich Forschung und Lehre	Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Fuhr
Telefon	0221 / 478 – 5230
Telefax	0221 / 478 – 7011
E-Mail	sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de
Kommissarischer Leiter Bereich Therapeutisches Drug Monitoring	PD Dr. med. Thomas Streichert
Telefon	0221 / 478 – 5290
Telefax	0221 / 478 – 36814
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 der 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

Ergänzend bietet die Krankenhausapotheke unter 0221-478 88 480 und Apotheke-AMInfo@uk-koeln.de einen Arzneimittelinformationservice an.

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 und Ärzten und Patientinnen und Patienten kommen. Des Weiteren kooperiert dieser Bereich mit verschiedenen Kliniken und Arbeitsgruppen.



Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- Interne und externe Qualitätskontrolle des Therapeutischen Drug Monitoring (TDM):
Basierend auf der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“, sowie Teilnahme seit 1976 an Ringversuchen
- Qualitätskontrolle bei Messungen außerhalb des TDM:
Validierung von 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:
Die Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln wird gemeinsam vom Zentrum für Pharmakologie und der Krankenhausapotheke geführt.

B-29.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-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 und Ärzte			4,33	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,33		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,63		
	- ambulant	0,70		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,00	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,35		
	- ambulant	0,65		

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
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ47	Klinische Pharmakologie
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie

Facharztqualifikation Klinische Pharmakologie/Pharmakologie und Toxikologie

Das Weiterbildungsprogramm sieht eine jeweils 5-jährige Weiterbildungszeit vor (2 Jahre Basisweiterbildung im Gebiet Pharmakologie, 3 Jahre spezifische Weiterbildung). Ein Jahr der Basisweiterbildung sowie die gesamte spezifische Weiterbildung für beide Facharztqualifikationen können im Zentrum für Pharmakologie abgeleistet werden.

B-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 Leistungsverzeichnis Parameter A-Z (mit umfangreichen Informationen zu den einzelnen Laborwerten)
§-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 der Uniklinik Köln ein umfassendes, auf den klinischen Bedarf abgestimmtes Spektrum der Laboranalytik aus den Bereichen Klinische Chemie, Hämatologie, Hämostaseologie, Endokrinologie, Immunologie, Liquoranalytik, spezielle Stoffwechselfdiagnostik und Molekularbiologie an. Das Labor verfügt über eine umfassende Laborautomation und ist hoch digitalisiert.

In 2020 wurden am Institut für Klinische Chemie 6.252.270 Netto-Analysen durchgeführt und befundet.

Für die Bereiche der Liquoranalytik, der Demenzmarkeranalytik und der Bestimmung der Antineuronalen-Antikörper erfolgt die Befundung in unmittelbarer Zusammenarbeit mit der Klinik und im Rahmen von klinischen Konferenzen.

Das Zentrallabor hat sich einem umfassenden Qualitätsmanagement verschrieben und ist seit 2008 durchgehend 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. Dies wird begleitet von einem umfassenden Schulungskonzept für die Anwenderinnen und Anwender, sowie die POCT-Verantwortlichen in den Kliniken.

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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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
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. verzweigt-kettige 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

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

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

B-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 und Ärzte			4,65	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,65		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,76		
	- ambulant	1,89		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			3,62	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,62		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,15		
	- ambulant	1,47		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ38	Laboratoriumsmedizin

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 und Pathologische Anatomie



Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

B-31.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie
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 und Pathologische Anatomie, 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, Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftler und technische Angestellte in Zusammenarbeit mit der Internationalen Akademie für Pathologie und verschiedenen Industrieunternehmen. Das Institut ist zudem als Referenzinstitut an der Ausrichtung verschiedener molekularpathologischer QuiP-Ringversuche beteiligt.

B-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 Universitätsklinik Köln hinausgehen

B-31.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-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 und Ärzte			18,55	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,55		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,93		
	- ambulant	5,62		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			12,10	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,10		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,43		
	- ambulant	3,67		

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- und Nervenbiopsien sowie Liquor-Proben untersucht. Zudem werden Haut- und Dickdarmbiopsien mit der Frage nach Innervationsstörungen untersucht.

Molekularbiologische Methoden sind mittlerweile essentiell für die Diagnostik und Therapie glialer Tumoren und primärer Lymphome des Zentralnervensystems. 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 Universitätsklinik Köln hinausgehen

B-32.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-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 Neuropathologie 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 und Ärzte		1,19	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,19 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,06 0,13	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		0,56	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,56 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,50 0,06	

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

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 2020 wurden insgesamt 433.473 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 (DAkkS) 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

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

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

B-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

Reiseimpfsprechstunde

Privatambulanz

Tägliche Reiseimpfsprechstunde, Reisende können vor Reiseantritt über spezif. Infektionsrisiken u. mögliche Vorbeugungsmaßnahmen informiert u. beraten werden. Es werden alle reisemedizinisch relevanten Schutzimpfungen durchgeführt. Das Institut verfügt über eine anerkannte WHO-Gelbfieberimpfstelle.

Nr.	Angebotene Leistung
VX00	Reiseimpfsprechstunde

B-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 und Ärzte			3,64	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,64		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,02		
	- ambulant	0,62		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			1,78	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,78		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,48		
	- ambulant	0,30		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie

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 2020 wurden insgesamt über 437.000 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 Antikörpervermittelten 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 Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten 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

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

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

B-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 und Ärzte			1,59	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,95		
	- ambulant	0,64		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,45	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,45		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,27		
	- ambulant	0,18		

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

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	CIO, Geb. 70, Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	familiaerer-brust-und-eierstockkrebs.uk-koeln.de UKKöln Navi – Link zum CIO
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin	Univ.-Prof. Dr. med. Rita Schmutzler
Telefon	0221 / 478 – 37592
Telefax	0221 / 478 – 86510
E-Mail	marion.kopp@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 liegt eine familiäre Belastung vor, hinweisend auf eine erbliche Ursache. 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 bzw. ein erhöhtes Erkrankungsrisiko nachgewiesen werden, bietet das Zentrum eine ausführliche Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten der Prävention und Therapie 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

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

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

B-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 Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

Leistungen: Aufklärung und Beratung zur genetischen Testung sowie Durchführung der genetischen Testung. Bei nachgewiesener Mutation: Beratung zur Prävention.
Früherkennungsprogramm: Tast- und Ultraschalluntersuchungen der Brust, Mammographie und MRT der Brust

Nr.	Angebotene Leistung
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG15	Spezialsprechstunde

B-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 und Ärzte			7,46	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,46		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	7,46		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			7,46	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,46		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	7,46		

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

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.



B-36 Institut für Humangenetik



Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Brunhilde Wirth

B-36.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Institut für Humangenetik
Hausadresse	Kerpener Straße 34 50931 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	humangenetik.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Direktorin	Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Brunhilde Wirth
Telefon	0221 / 478 – 86464
Telefax	0221 / 478 – 86465
E-Mail	brunhilde.wirth@uk-koeln.de
Leiter der klinischen Humangenetik	Univ.-Prof. Dr. med. Christian Netzer, M. A.
Telefon	0221 / 478 – 86811
E-Mail	christian.netzer@uk-koeln.de



Kurzportrait

Das Institut für Humangenetik betreut Patientinnen und Patienten und deren Familien sowie Ratsuchende mit einer familiären Belastung bei Fragestellungen aus dem gesamten Spektrum erblicher Erkrankungen. Auch wenn die Anzahl der bekannten monogen erblichen (auf eine einzelne Erbanlage zurückzuführende) Erkrankungen stetig wächst (derzeit etwa 6700), sind viele davon für sich genommen sehr selten, was ihre Diagnosestellung in der täglichen ärztlichen Praxis erschwert. Wir sind spezialisiert auf die klinische Einordnung und die Diagnostik solcher seltenen erblichen Erkrankungen.

Unsere Schwerpunkte liegen dabei insbesondere auf (neuro-) pädiatrischen Fragestellungen, neuromuskulären Erkrankungen, nephrologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Bindegewebes und des Skelettsystems sowie speziellen Tumorerkrankungen. Hierzu nutzen wir modernste Methoden der Humangenetik und bieten ein breites Spektrum an Analysen an – von der Einzelgendiagnostik bis hin zu individualisierten gesamtgenomischen Untersuchungen.

Im Jahre 2020 führten wir ca. 1.400 molekulargenetische und molekularzytogenetische Untersuchungen durch.

Für eine wachsende Anzahl unserer Patienten bedeutet eine Diagnosestellung und -sicherung auf genetischer Ebene den Zugang zu bereits existierenden spezifischen Therapien oder präventiven Maßnahmen oder aber die Möglichkeit an der Entwicklung zukünftiger passender neuer Therapieoptionen zu partizipieren (z. B. durch Einschluss in klinische Studien).

Eine genetische Diagnosestellung hat nicht nur Bedeutung für die Betroffenen selbst. Häufig schließen sich Fragen für weitere Familienmitglieder an, welche ebenfalls in unserer Sprechstunde betreut werden. Zudem hat die klinisch-genetische sowie die Grundlagenforschung in unserem Institut einen besonders hohen Stellenwert.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts untersuchen mittels eines breiten Spektrums molekulargenetischer und molekularbiologischer zellulärer und proteinbiochemischer Methoden sowie mittels verschiedener Modellorganismen die Ursachen genetisch bedingter Erkrankungen. Unser langfristiges Ziel ist es, mit unseren Forschungsbemühungen die Entwicklung von Therapien erblicher Erkrankungen voranzutreiben.

B-36.2 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-36.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA17	Spezialsprechstunde
	Beratung von Patientinnen und Patienten sowie deren Familien mit erblichen Erkrankungen des Auges oder des Sehnerves



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG00	Beratung bei Schwangerschaften mit evidentem genetischem oder teratogenem Risiko
VG00	Beratung bei Schwangerschaftsverlusten oder unerfülltem Kinderwunsch
VG00	Beratung, molekulargenetische und molekularzytogenetische Diagnostik bei auffälligem Ultraschallbefund
VG15	Spezialsprechstunde Pränataldiagnostik

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI00	Beratung und Diagnostik von Patienten mit erblichen neuroendokrinen Tumoren
VI00	Beratung und Diagnostik von Patienten mit erblichen Nierentumoren
VI00	Beratung von Patientinnen und Patienten sowie deren Familien mit Verdacht auf Marfan-Syndrom und verwandter Bindegewebserkrankungen
VI00	Molekulargenetische Diagnostik des Marfan-Syndroms und verwandter Bindegewebserkrankungen
VI00	Pränatale und postnatale molekulargenetische Diagnostik von erblichen Tumorerkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde Spezialsprechstunde Erbliche Tumorerkrankungen und Spezialsprechstunde Marfan-Syndrom

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN00	Beratung von Patientinnen und Patienten sowie deren Familien mit erblichen Erkrankungen der Nerven oder der Muskulatur inkl. neurodegenerativen Erkrankungen
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN00	Pränatale und postnatale molekulargenetische Diagnostik neuromuskulärer und neurogenetischer Erkrankungen, inkl. Spinaler Muskelatrophie
VN20	Spezialsprechstunde Neuromuskuläre Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO00	Beratung und Diagnostik von Patientinnen und Patienten mit Osteogenesis imperfecta
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes Beratung und Diagnostik von Patientinnen und Patienten mit sonstigen Formen erblicher Skeletterkrankungen oder angeborenen skelettalen Fehlbildungen
VO00	Beratung und Diagnostik von Patientinnen und Patienten mit syndromalen und nicht-syndromalen Formen des Kleinwuchses
VO00	Pränatale und postnatale molekulargenetische Diagnostik von erblichen Erkrankungen des Skelettsystems



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO13	Spezialsprechstunde Skeletterkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK00	Beratung und Diagnostik bei angeborenen bzw. erblichen Erkrankungen des Bindegewebes
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien [z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom]) Beratung und Diagnostik bei Verdacht auf sonstige chromosomale Anomalien oder monogene Erkrankungen
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener Beratung von pädiatrischen Patientinnen und Patienten sowie deren Familien mit erblichen Erkrankungen
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter Beratung und Diagnostik bei kindlichen Entwicklungsstörungen
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge Beratung und Diagnostik bei angeborenen bzw. erblichen Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßkrankungen Beratung und Diagnostik bei angeborenen bzw. erblichen Gefäß- und Herzerkrankungen
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen Beratung und Diagnostik bei angeborenen bzw. erblichen Gefäß- und Herzerkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen Beratung und Diagnostik bei angeborenen bzw. erblichen neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen, inkl. erblichen Anfallsleiden
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen Beratung und Diagnostik bei angeborenen bzw. erblichen pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen Beratung und Diagnostik bei sonstigen angeborenen Fehlbildungen oder angeborenen Störungen
VK00	Molekulargenetische und molekularzytogenetische Diagnostik erblicher Erkrankungen
VK29	Spezialsprechstunde Kindliche Entwicklungsstörungen

B-36.4

Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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



B-36.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-36.6 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-36.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen des Instituts für Humangenetik können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-36.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Poliklinik des Instituts für Humangenetik des Uniklinikums Köln

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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

Eine genetische Beratung und Diagnostik bzw. Versorgung wird für Patientinnen und Patienten mit erblichen Erkrankungen aus praktisch allen Fachbereichen der Medizin angeboten.

Nr.	Angebotene Leistung
VG00	Beratung von Patienten/Patientinnen und Familien mit erblichen Erkrankungen
VG00	Pränatale und postnatale Diagnostik von Mikrodeletions- und Mikroduplikationssyndromen
VG00	Pränatale und postnatale molekulargenetische Diagnostik
Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (mit Ablauf 17. März 2020 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)
Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie
Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie (mit Ablauf 31. Mai 2019 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)
Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
B-36 Institut für Humangenetik

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren
Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren
Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren
Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen
Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden
Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1.1 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
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 2 b	Mukoviszidose
Anlage 2 c	Hämophilie
Anlage 2 k	Marfan-Syndrom
Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie

Privatambulanz des Instituts für Humangenetik des Uniklinikums Köln

Privatambulanz

Eine genetische Beratung und Diagnostik bzw. Versorgung wird für Patientinnen und Patienten mit erblichen Erkrankungen aus praktisch allen Fachbereichen der Medizin angeboten.

Nr.	Angebotene Leistung
VG00	Beratung von Patienten/Patientinnen und Familien mit erblichen Erkrankungen
VG00	Pränatale und postnatale Diagnostik von Mikrodeletions- und Mikroduplikationssyndromen
VG00	Pränatale und postnatale molekulargenetische Diagnostik

B-36.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-36.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-36.11 Personelle Ausstattung

B-36.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			2,08	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,08		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,08		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,58	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	0,58		

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
AQ21	Humangenetik
	Es besteht in Kooperation mit dem MVZ Humangenetik Köln (extern) eine gemeinsame Weiterbildungsbefugnis über 48 Monate (davon 36 Monate intern).
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF26	Medizinische Informatik

B-36.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Humangenetik wird kein Pflegepersonal beschäftigt.



C Qualitätssicherung



C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

Hinweis zur Darstellung nach Krankenhaus und nach Standorten

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

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

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

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

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	226	100,44 %	224
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	44	100,00 %	44
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	59	100,00 %	59
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	70	100,00 %	70
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	20	100,00 %	20
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	45	100,00 %	45
10/2	Karotis-Revaskularisation	171	100,00 %	171
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	387	100,00 %	387
16/1	Geburtshilfe	2.223	100,18 %	⁽⁶⁾ 2.199
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	19	100,00 %	19
18/1	Mammachirurgie	276	100,00 %	276
DEK	Dekubitusprophylaxe	544	100,00 %	534



Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
HCH-A	Herzchirurgie – Aortenklappenchirurgie, isoliert	⁽⁴⁾ 1.383	100,29 %	⁽⁴⁾ 1.189
HCH-M	Herzchirurgie – Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	⁽¹⁾	⁽¹⁾	
HCH-K	Herzchirurgie – Koronarchirurgie, isoliert	⁽¹⁾	⁽¹⁾	
– Aort Kath Endo	– Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	406	100,25 %	407
– Aort Kath Trapi	– Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	7	100,00 %	7
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	118	100,00 %	118
– HEP IMP	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	100	102,00 %	102
– HEP WE	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	20	100,00 %	20
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	⁽⁴⁾ 5	100,00 %	⁽⁴⁾ 5
– HTXM-TX	– Zählleistungsbereich Herztransplantation	< 4	⁽³⁾	< 4
– HTXM-MKU	– Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	4	100,00 %	4
KEP	Knieendoprothesenversorgung	113	100,00 %	113
– KEP IMP	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	97	101,03 %	98
– KEP WE	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	16	100,00 %	16
LLS	Leberlebendspende	⁽⁴⁾ 0	⁽²⁾	⁽⁴⁾ 0
LTX	Lebertransplantation	⁽⁴⁾ < 4	⁽³⁾	⁽⁴⁾ < 4
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	⁽⁴⁾ 0	⁽²⁾	⁽⁴⁾ 0
NEO	Neonatologie	1.081	102,50 %	⁽⁶⁾ 1.100
NLS	Nierenlebendspende	⁽⁴⁾ 39	100,00 %	⁽⁴⁾ 39
PCI_LKG ⁽⁵⁾	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	1.752	98,06 %	1.714
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	188	101,06 %	⁽⁶⁾ 189
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	⁽⁴⁾ 65	100,00 %	⁽⁴⁾ 65
NTX	Nierentransplantation	⁽¹⁾	⁽¹⁾	⁽¹⁾

Die Sortierung richtet sich nach den Modulschlüsseln.

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

QSKH-RL = Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern

Erläuterung zum Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 136 SGB V

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

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

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

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

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

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

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

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

Weiterführende Informationen

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



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

Erläuterungen zur Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren

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

Zähler / Nenner = Ergebnis

Die meisten Kennzahlen sind Quotienten.

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

O / E = Risikoadjustiertes Ergebnis (Observed / Expected)

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

Beispiel für eine Risikoadjustierung (stark vereinfachend)

Indikator Komplikationen – Risikofaktor Alter

Beispielkrankenhaus A

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

Beispielkrankenhaus B

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

Datenpool (A + B)

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

Risikofaktor (Alter)

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

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

Beispielkrankenhaus A

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

Beispielkrankenhaus B

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



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

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

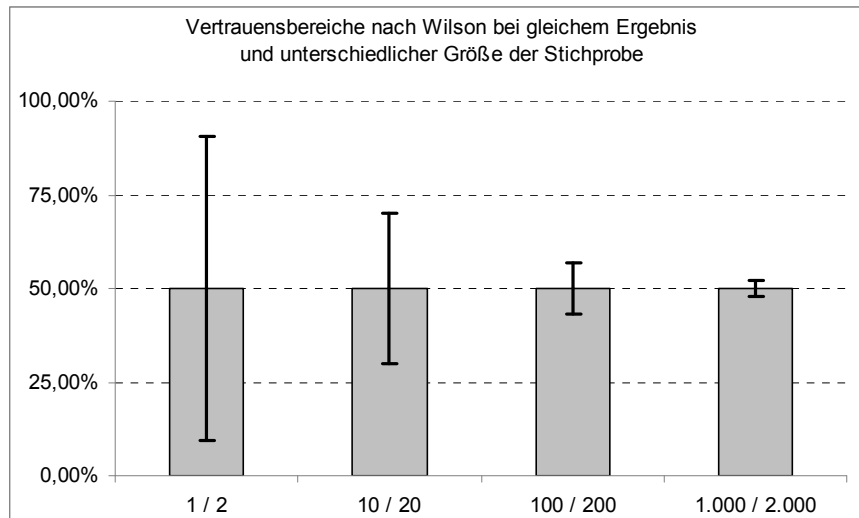
Das Verfahren ist stark abhängig von der Auswahl der Risikofaktoren aus den erfassten Daten und natürlich auch davon, welche Daten im Datenpool sind.

Vertrauensbereich

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

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

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



Referenzbereich (bundesweit)

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

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

Datenschutz

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

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI-Verfahren)

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

Bewertung durch Strukturierten Dialog

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

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



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

C Qualitätssicherung

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

QSKH = Qualitätssicherung im Krankenhaus

DeQS = Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Plan-QI = Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

Beispiel U31

U = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig

31 = Besondere klinische Situation

Entwicklung zum Vorjahr – rechnerische Tendenz

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

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



Vergleich zum Vorjahr – qualitative Tendenz

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

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



C-1.2.A



Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01	Leitlinienkonforme Indikation				
ID 101803	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
204 / 222	91,89 %	87,55 – 94,81 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,19 %	94,02 – 94,36 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
02	Leitlinienkonforme Systemwahl				
ID 54140	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter				
QI im	wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
QSKH-					
Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
193 / 197	97,97 %	94,90 – 99,21 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,53 %	98,43 – 98,62 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Systeme 1. Wahl			
ID 54141	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten			
TKez im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
184 / 197	93,40 %	89,04 – 96,10 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	96,65 %	96,51 – 96,78 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte System-wahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adä- quaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resyn-chroniza-tion thera-py. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04	Systeme 2. Wahl			
ID 54142	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in			
TKez im	weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten			
QSKH-	Verfahren*			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 197	0,00 %	0,00 – 1,91 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,10 %	0,07 – 0,12 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zur Herzschrittmacher- und kardialen Resyn-chronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	Systeme 3. Wahl			
ID 54143	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten			
QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 197	4,57 %	2,42 – 8,45 %	<= 10,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,78 %	1,68 – 1,88 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
06	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln				
ID 52139	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
191 / 268	71,27 %	65,58 – 76,36 %	>= 60,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,94 %	88,73 – 89,15 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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




09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

07 Dosis-Flächen-Produkt

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
28 / 24,08 Fallzahl: 215	1,16 O / E	0,82 – 1,62	<= 3,44 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,87	0,85 – 0,89		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08 ID 52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen			
QI im QSKH-Verfahren*	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
763 / 813	93,85 %	91,98 – 95,30 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,31 %	95,23 – 95,39 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

09 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

ID 101801

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

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

4 / 224	1,79 %	0,70 – 4,50 %	<= 2,60 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
----------------	---------------	---------------	-----------	---

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

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
10	Sondendislokation oder -dysfunktion				
ID 52311	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 224	0,00 %	0,00 – 1,69 %	<= 3,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,59 %	1,50 – 1,68 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden			
ID 101802				
TKez im QSKH-Verfahren*	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
166 / 212	78,30 %	72,28 – 83,32 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	55,05 %	54,68 – 55,41 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
12	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 51191	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
QI im	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QSKH-Verfahren*	verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 4,23	1,42 O / E	0,65 – 3,03	<= 4,29 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 224				
Bundesergebnis	1,11	1,05 – 1,18		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
13 ID 2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen			
QI im QSKH-Verfahren*	Das Herzschrittmachergehäuse musste innerhalb von vier Jahren nach dem erstmaligen Einsetzen ausgetauscht werden, weil die Batterie erschöpft war (betrifft Herzschrittmacher mit ein oder zwei Kabeln)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 627	0,00 %	0,00 – 1,47 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,03 %	0,02 – 0,04 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
14 ID 2194 QI im QSKH- Verfahren*	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres			
	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Probleme (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 5,25 Fallzahl: 109	1,33 O / E	0,57 – 2,58	<= 2,77 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,97 – 1,04		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

→



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

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



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

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



09/1 – Herzschrittmacher-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
15 ID 2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres			
QI im QSKH-Verfahren Inf.-bez.*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	2,87 O / E	0,16 – 12,61	<= 6,14 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,04	0,90 – 1,19		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

→



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

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

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

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



09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden				
ID 52307					
QI im QSKH-Verfahren*	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
225 / 226	99,56 %	97,54 – 99,92 %	>= 95,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,31 %	98,21 – 98,41 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannt-ten Qualitäts-index. 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. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

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



09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)			
ID 111801				
QI im QSKH-Verfahren*	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 44	0,00 %	0,00 – 8,03 %	<= 2,30 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,24 %	0,18 – 0,33 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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


Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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

01 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

ID 121800

QI im QSKH-Verfahren*
Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	≤ 3,10 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,06 %	0,87 – 1,27 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02 ID 52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			
QI im QSKH-Verfahren*	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 34	0,00 %	0,00 – 10,15 %	<= 3,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02 %	0,81 – 1,29 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 51404	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
QI im	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QSKH-	verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen			
Verfahren*	und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,61 O / E	0,11 – 3,24	<= 5,20	
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	0,89 – 1,20		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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

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




09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

01 Leitlinienkonforme Indikation

ID 50055 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach
 QI im wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich
 QSKH-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
65 / 70	92,86 %	84,34 – 96,91 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,75 %	91,37 – 92,11 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). 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. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

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




09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

02 Leitlinienkonforme Systemwahl

ID 50005 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen
QI im QSKH-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
69 / 70	98,57 %	92,34 – 99,75 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,82 %	96,58 – 97,05 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). 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. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

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




09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

03 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechsell

ID 52131 Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
 QI im QSKH-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
52 / 67	77,61 %	66,29 – 85,94 %	>= 60,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,04 %	90,71 – 91,35 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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




09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

04 Dosis-Flächen-Produkt

ID 131801 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe QI im Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Verfahren* Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 5,48 Fallzahl: 47	1,10 O / E	0,51 – 2,16	<= 2,72 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,93	0,89 – 0,97		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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

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



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation


Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

05 Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen

ID 52316

QI im QSKH-Verfahren* Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
175 / 186	94,09 %	89,72 – 96,67 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,17 %	96,02 – 96,31 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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 Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

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



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

06 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

ID 131802

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

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

< 4

–

–

≤ 2,50 %



Datenschutz^(x)

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis

0,94 %

0,82 – 1,08 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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




09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

07 Sondendislokation oder -dysfunktion

ID 52325 Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel
 QI im (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
 QSKH-
 Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 47	0,00 %	0,00 – 7,56 %	<= 3,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,83 % 0,71 – 0,97 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden			
ID 131803				
TKez im QSKH-Verfahren*	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
37 / 47	78,72 %	65,10 – 88,01 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	55,27 %	54,58 – 55,95 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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




09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

09 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 51186 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an
 QI im Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
 QSKH- verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen
 Verfahren* und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,33 Fallzahl: 70	0,00 O / E	0,00 – 11,11	<= 6,96 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	0,89 – 1,24		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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

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



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

10 Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

ID 132001

QI im
QSKH-
Verfahren*

Anzahl an aufgetretenen Problemen. 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	--	----------------------------

< 4	0,59 O / E	0,03 – 2,60	<= 2,63 (95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	0,97	0,90 – 1,04
----------------	------	-------------

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

→



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

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

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

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



09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation


Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

11 Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

ID 132002


QI im QSKH-Verfahren* Anzahl an aufgetretenen Problemen. 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	2,35 O / E	0,13 – 10,34	<= 3,80 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,90	0,78 – 1,03		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

→



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

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

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

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



09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel


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

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

01 Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

ID 52321

QI im QSKH-Verfahren* Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
141 / 144	97,92 %	94,05 – 99,29 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,78 %	98,69 – 98,87 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannt-ten 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 System-wechsel 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 Standort-ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

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



09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel

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

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

02 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

ID 141800

QI im QSKH-Verfahren* Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

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

0 / 20

0,00 %

0,00 – 16,11 %

<= 3,80 %



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis

0,23 %

0,15 – 0,34 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

01 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)

ID 151800

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

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

0 / 45	0,00 %	0,00 – 7,87 %	<= 2,90 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------	---------------	---------------	-----------	---

Bundesergebnis	1,41 %	1,17 – 1,69 %
----------------	--------	---------------

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02 ID 52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			
QI im QSKH-Verfahren*	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 28	0,00 %	0,00 – 12,06 %	<= 3,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,64 %	0,46 – 0,88 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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


Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

03 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 51196 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)
QI im QSKH-Verfahren*

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

< 4	1,10 O / E	0,19 – 5,71	<= 4,92 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	1,19	1,03 – 1,38
----------------	------	-------------

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation


Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

01 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

ID 603

QI im QSKH-Verfahren* Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
52 / 53	98,11 %	90,06 – 99,67 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,07 %	98,88 – 99,22 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation


Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

02 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch

ID 604

QI im QSKH-Verfahren* Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
47 / 48	97,92 %	89,10 – 99,63 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,73 %	99,59 – 99,82 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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




10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)


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

03 Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
ID 52240
QI im QSKH-Verfahren*

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 7	0,00 %	0,00 – 35,43 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,98 %	4,04 – 11,80 %		

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

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

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch			
ID 11704	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
QI im QSKH-Verfahren*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,38 O / E	0,07 – 2,06	<= 2,86 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,99	0,91 – 1,07		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch			
ID 11724				
TKez im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,64 O / E	0,11 – 3,50	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,02	0,92 – 1,15		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

06	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID 605	
TKez im QSKH-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 50	0,00 %	0,00 – 7,13 %	Nicht definiert	–

Bundesergebnis 1,24 % 1,05 – 1,47 %

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

– – –
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

07	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID 606	
TKez im QSKH-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

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

Bundesergebnis	2,39 %	1,73 – 3,29 %
----------------	--------	---------------

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

–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

08	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID 51859	
TKez im QSKH-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

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

< 4	–	–	Nicht definiert	–
---------------	----------	----------	-----------------	----------

Datenschutz ^(x)

Bundesergebnis	2,98 %	2,63 – 3,36 %
----------------	--------	---------------

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

–	–	–
----------	----------	----------

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
09	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt			
ID 51437				
QI im QSKH-Verfahren*	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
18 / 18	100,00 %	82,41 – 100,00 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,75 %	97,13 – 98,24 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation


Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

10 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

ID 51443

QI im
QSKH-
Verfahren* 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 13	100,00 %	77,19 – 100,00 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 99,17 % 98,69 – 99,47 %

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt			
ID 51873				
QI im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	1,10 O / E	0,38 – 2,92	<= 2,80 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,09	0,97 – 1,22		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

→



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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
12	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt			
ID 51865				
TKez im QSKH-Verfahren*	Verhältnis 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 (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,87 O / E	0,24 – 2,90	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,14	1,00 – 1,29		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

13 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

ID 51445

TKez im QSKH-Verfahren*

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 17	0,00 %	0,00 – 18,43 %	Nicht definiert	–

Bundesergebnis 2,02 % 1,53 – 2,67 %

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

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

14 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

ID 51448

TKez im
QSKH-
Verfahren*

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	--	----------------------------

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

Bundesergebnis	2,12 %	1,12 – 3,98 %
----------------	--------	---------------

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

–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

15	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
ID 51860	
TKez im QSKH-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

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

0 / 13	0,00 %	0,00 – 22,81 %	Nicht definiert	–
---------------	---------------	----------------	-----------------	---

Bundesergebnis	3,94 %	3,20 – 4,84 %
----------------	--------	---------------

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

–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

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

16 Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit

ID 161800

QI im
QSKH-
Verfahren*

Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

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

< 4	–	–	<= 5,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	2,99 %	1,94 – 4,57 %
----------------	--------	---------------

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01 ID 51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation				
plan. QI im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 2,01 Fallzahl: 253	0,00 O / E	0,00 – 1,15	<= 4,18	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	1,12	1,05 – 1,19			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

→



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



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

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



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02 ID 12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung			
plan. QI im QSKH-Verfahren*	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 5,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,98 %	0,88 – 1,09 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG



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

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



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund			
plan. QI im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 20,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,78 %	7,35 – 8,24 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund			
ID 172000 mit Bezug zu 10211	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigt jedoch kein krankhaftes Ergebnis			
EKez im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	11,36 %	10,10 – 12,76 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 10211 „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund			
ID 172001 mit Bezug zu 10211	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigt jedoch kein krankhaftes Ergebnis			
EKez im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	13,12 %	12,06 – 14,27 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



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

Kennzahl mit Bezug zu QI ID 10211 „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06 ID 60685 QI im QSKH- Verfahren*	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie			
	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 85	0,00 %	0,00 – 4,32 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,93 %	0,84 – 1,02 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
07 ID 60686 QI im QSKH- Verfahren*	Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und (Salpingo-) Ovariektomie mit Normalbefund oder benigner Histologie 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 26	15,38 %	6,15 – 33,53 %	<= 44,70 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	20,12 %	19,41 – 20,84 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG



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

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



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08 ID 612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre			
QI im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
55 / 66	83,33 %	72,57 – 90,43 %	>= 74,11 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,56 %	88,23 – 88,88 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG



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

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



15/1 – Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
09	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden			
ID 52283	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter			
QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 6,19 % (90. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	3,01 %	2,90 – 3,12 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG



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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
01 ID 330 plan. QI im QSKH- Verfahren*	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
72 / 74	97,30 %	92,51 – 99,34 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,57 %	96,13 – 96,97 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			 unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG



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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
02 ID 50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung				
plan. QI im QSKH-Verfahren Inf.-bez.*	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
1.039 / 1.039	100,00 %	99,78 – 100,00 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,98 %	98,94 – 99,02 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
03	Kaiserschnittgeburt				
ID 52249	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
QI im QSKH-Verfahren*	Patientinnen)				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
1.018 / 843,83	1,21 O / E	1,15 – 1,26	<= 1,24 (90. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Fallzahl: 2.171					
Bundesergebnis	1,01	1,00 – 1,01			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
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			
plan. QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 55	0,00 %	0,00 – 4,10 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,31 %	0,22 – 0,43 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)			
ID 321	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen (Frühgeborene, Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)			
TKez im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,23 %	0,22 – 0,24 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06	Azidose bei reifen Einlingen			
ID 51397	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
TKez im	Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen			
QSKH-	auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41.			
Verfahren*	Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere			
	Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden			
	individuelle Risiken von Mutter und Kind)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,69 O / E	0,24 – 2,03	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,00	0,95 – 1,05		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
07	Azidose bei frühgeborenen Einlingen			
ID 51831	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
QI im	Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen			
QSKH-	auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36.			
Verfahren*	Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere			
	Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden			
	individuelle Risiken von Mutter und Kind)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	1,56 O / E	0,53 – 4,52	<= 5,32	
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,04	0,93 – 1,16		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
08	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten				
ID 318	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen				
plan. QI im QSKH-Verfahren*	anwesend				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
271 / 276	98,19 %	96,43 – 99,19 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,92 %	96,69 – 97,13 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
09	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen				
ID 51803	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (Frühgeborene wurden nicht miteinbezogen)				
plan. QI im QSKH-Verfahren*					
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
12 / 13,8	0,87 O / E	0,53 – 1,37	<= 2,32		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 1.816					
Bundesergebnis	1,06	1,03 – 1,09			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen.

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



16/1 – Geburtshilfe

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
10	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV				
ID 181800	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt. Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen				
QI im QSKH-Verfahren*					
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 1,52	0,00	O / E 0,00 – 2,52	<= 3,23 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Fallzahl: 1.121					
Bundesergebnis	0,89	0,82 – 0,97			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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



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

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

01 Präoperative Verweildauer

ID 54030 Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

QI im
QSKH-
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 15,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	11,11 %	10,86 – 11,36 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



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

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Sturzprophylaxe			
ID 54050	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden			
QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 13	100,00 %	77,19 – 100,00 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,30 %	97,16 – 97,44 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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




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

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

03 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,19	0,00 O / E	0,00 – 2,52	<= 2,16 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 14				

Bundesergebnis 1,01 0,99 – 1,03

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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

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



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

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

04 Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

ID 54029

QI im QSKH-Verfahren* 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 5,44 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,89 %	1,79 – 2,01 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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

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

05 Allgemeine 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,48	0,00 O / E	0,00 – 2,17	<= 2,26 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 19				
Bundesergebnis	1,01	0,98 – 1,03		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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





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

Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

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



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

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

06 Sterblichkeit im Krankenhaus

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)
QI im QSKH-Verfahren*

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

0 / 0,87 Fallzahl: 19	0,00 O / E	0,00 – 3,67	Nicht definiert	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------------------------	-------------------	-------------	-----------------	---

Bundesergebnis	1,03	0,99 – 1,07
----------------	------	-------------

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

N02 Bewertung nicht vorgesehen

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen- Erstimplantation				
ID 54001					
QI im QSKH- Verfahren*	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
75 / 75	100,00 %	95,13 – 100,00 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,65 %	97,58 – 97,72 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
02	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -				
ID 54002	Komponentenwechsel				
QI im QSKH- Verfahren*	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
19 / 20	95,00 %	76,39 – 99,11 %	>= 86,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	93,38 %	93,02 – 93,72 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung


Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

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

03 Präoperative Verweildauer

ID 54003 Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

QI im
QSKH-
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 15,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,35 %	10,11 – 10,59 %		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
04	Sturzprophylaxe				
ID 54004	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
76 / 79	96,20 %	89,42 – 98,70 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,32 %	97,25 – 97,40 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	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)			
QI im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 6,48 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,48 %	1,42 – 1,54 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
ID 54017				
QI im QSKH- Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 18	0,00 %	0,00 – 17,59 %	<= 19,26 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,96 %	6,59 – 7,36 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung


Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

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

07 Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur

ID 54015

QI im QSKH-Verfahren* Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 3,45 Fallzahl: 27	2,03 O / E	1,03 – 3,49	<= 2,15 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,99 – 1,03		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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





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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08 ID 54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			
QI im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 11,54 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,73 %	4,56 – 4,90 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
09	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation			
ID 54019	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)			
QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 75	9,33 %	4,59 – 18,03 %	<= 7,32 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,28 %	2,21 – 2,35 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
A41	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig			 verschlechtert
	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel			

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Die rechnerische Auffälligkeit ergibt sich aus spezifischen individuellen Patientengegebenheiten, welche einzeln geschildert und erläutert wurden. Bei allen Patienten konnte nach Revision ein regelrechter postoperativer Verlauf erreicht werden.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
ID 54120				
QI im QSKH-Verfahren*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 2,54	1,97 O / E	0,88 – 3,69	<= 2,06 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 20				
Bundesergebnis	1,01	0,97 – 1,05		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

→



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

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

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




HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

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

11 Gehunfähigkeit bei Entlassung

ID 54012 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus QSKH- keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken Verfahren* der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,79 O / E	0,27 – 2,24	<= 2,44 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,02	0,99 – 1,04		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
12	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 54013	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)			
QI im QSKH-Verfahren*	Wahrscheinlichkeit zu versterben)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 70	0,00 %	0,00 – 5,20 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,05 %	0,04 – 0,07 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
13	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur			
ID 191914	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
TKez im	verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge			
QSKH-	eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches			
Verfahren*	Hüftgelenk eingesetzt wurde)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	1,36 O / E	0,47 – 3,45	Nicht definiert	—
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,01	0,98 – 1,04		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

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

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



HEP – Hüftendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks


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

14 Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

ID 10271

QI im QSKH-Verfahren* 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	---	-------------------------

< 4	2,52 O / E	0,63 – 6,53	<= 2,81 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	1,02	0,99 – 1,06		
----------------	------	-------------	--	--

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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





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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation				
ID 54020					
QI im QSKH-Verfahren*	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
78 / 79	98,73 %	93,17 – 99,78 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,12 %	98,05 – 98,20 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	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				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
19 / 19	100,00 %	83,18 – 100,00 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,38 %	97,17 – 97,59 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
03	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -				
ID 54022	Komponentenwechsel				
QI im QSKH-Verfahren*	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
16 / 16	100,00 %	80,64 – 100,00 %	>= 86,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,43 %	94,01 – 94,81 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04	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)			
QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 4,38 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,17 %	1,12 – 1,23 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05 ID 50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
QI im QSKH- Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 16	0,00 %	0,00 – 19,36 %	<= 10,40 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,76 %	3,44 – 4,11 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06	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)			
QI im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 3,80 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,94 %	0,90 – 0,99 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
07	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen- Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
ID 54125				
QI im QSKH- Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 16	0,00 %	0,00 – 19,36 %	<= 12,79 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,44 %	4,09 – 4,81 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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




KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

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

08 Gehunfähigkeit bei Entlassung

ID 54028 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus QSKH- keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken Verfahren* der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,42	0,00 O / E	0,00 – 8,91	<= 4,95 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 109				
Bundesergebnis	1,08	1,01 – 1,17		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
09	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 54127	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)			
QI im QSKH-Verfahren*	Wahrscheinlichkeit zu versterben)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 105	0,00 %	0,00 – 3,53 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,04 %	0,03 – 0,05 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



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

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



KEP – Knieendoprothesenversorgung

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
10 ID 54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf				
QI im QSKH- Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
75 / 75	100,00 %	96,08 – 100,00 %	>= 98,27 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	99,76 %	99,73 – 99,78 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung				
ID 51846	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
136 / 140	97,14 %	92,88 – 98,88 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	97,93 %	97,82 – 98,03 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust



Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	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)			
QI im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
23 / 135	17,04 %	11,63 – 24,27 %	Nicht definiert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	13,40 %	13,13 – 13,66 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
N02	Bewertung nicht vorgesehen			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert Ein Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.			
Fachlicher Hinweis des IQTIG				
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.				

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 52330 plan. QI im QSKH- Verfahren*	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 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
43 / 43	100,00 %	94,79 – 100,00 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,47 %	99,35 – 99,57 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG



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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04 ID 52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			
plan. QI im QSKH-Verfahren*	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
57 / 57	100,00 %	96,04 – 100,00 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,83 %	98,69 – 98,95 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				Entwicklung zum Vorjahr
05	Primäre Axilladisektion bei DCIS				
ID 2163	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die plan. QI im QSKH-Verfahren* eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 15	0,00 %	0,00 – 14,23 %	Sentinel Event ^(y)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	0,11 %	0,05 – 0,22 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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



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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06 ID 50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			
QI im QSKH-Verfahren*	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	0,00 %	0,00 – 29,91 %	<= 5,13 % (80. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,10 %	3,59 – 4,68 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				Entwicklung zum Vorjahr
07	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)				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
50 / 51	98,04 %	89,70 – 99,65 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	96,98 %	96,78 – 97,16 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG



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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
08	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation				
ID 51370					
QI im QSKH-Verfahren*	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
< 4	–	–	<= 11,67 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Datenschutz ^(x)					
Bundesergebnis	3,22 %	3,07 – 3,38 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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 als auch deren Angehörige in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte.

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
09	Nachresektionsrate				
ID 60659	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden				
QI im	ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden				
QSKH-	Sicherheitsabstand entfernt wurden				
Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
14 / 112	12,50 %	7,59 – 19,89 %	<= 23,01 % (95. Perzentil)		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	11,32 %	11,06 – 11,58 %			
Kategorie	Bewertung durch 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



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

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



18/1 – Mammachirurgie

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
10 ID 211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS				
QI im QSKH-Verfahren*	Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
121 / 122	99,18 %	95,50 – 99,86 %	>= 97,04 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	99,37 %	99,30 – 99,43 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe


Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

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

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

ID 52009

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

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
255 / 131,52 Fallzahl: 46.696	1,94 O / E	1,72 – 2,19	<= 2,32 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	1,04 – 1,06		

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

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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





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

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

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



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2			
ID 52326	Patientinnen und Patienten, bei denen während des			
TKez im	Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür			
QSKH-	(Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer			
Verfahren*	Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut			
	und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten			
	Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
129 / 46.696	0,28 %	0,23 – 0,33 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,33 %	0,33 – 0,33 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3			
ID 521801	Patientinnen und Patienten, bei denen während des			
TKez im	Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür			
QSKH-	(Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem			
Verfahren*	Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis			
	zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist			
	(Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
124 / 46.696	0,27 %	0,22 – 0,32 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,06 %	0,06 – 0,06 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

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

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

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



DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

ID 52010

QI im QSKH-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

< 4	–	–	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,00 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch 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

Kommentar der Pflegedirektion

Bei den Fällen mit einem in der Uniklinik erworbenen Dekubitus Kategorie 4 handelt es sich nach der Evaluation durch Pflegefachexperten 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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>



* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierten Dialog.



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
01 ID 51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen			
QI im QSKH-Verfahren*	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 848	1,89 %	1,16 – 3,04 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,38 %	0,34 – 0,42 %		
Kategorie	Bewertung durch 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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierten Dialog.



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)			
ID 51832				
TKez im QSKH-Verfahren*	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 140	5,71 %	2,92 – 10,87 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	4,26 %	3,88 – 4,68 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen			
ID 51837	Frühgeborenen			
TKez im QSKH-Verfahren*	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 Kinder)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 6,55	1,22 O / E	0,62 – 2,32	Nicht definiert	–
Fallzahl: 140				
Bundesergebnis	1,08	0,98 – 1,18		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04 ID 51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)			
TKez im QSKH-Verfahren*	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 137	5,84 %	2,99 – 11,10 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	3,28 %	2,95 – 3,66 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05 ID 50050	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
TKez im QSKH-Verfahren*	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 Kinder)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 5,20	1,54 O / E	0,79 – 2,92	Nicht definiert	–
Fallzahl: 137				
Bundesergebnis	0,98	0,88 – 1,09		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)			
ID 51838	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)			
TKez im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,96 %	1,71 – 2,23 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des In-dexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
07	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)			
ID 51843	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
TKez im	schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen			
QSKH-	Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)			
Verfahren*				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,78 O / E	0,27 – 2,23	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,91	0,80 – 1,04		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)			
ID 51079	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)			
TKez im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	6,68 %	6,12 – 7,28 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
09	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
ID 50053	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
TKez im	schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen			
QSKH-	Frühgeborenen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)			
Verfahren*				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,40 O / E	0,14 – 1,12	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,16	1,06 – 1,27		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10 ID 51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)			
TKez im QSKH-Verfahren*	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	3,23 %	2,82 – 3,71 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
ID 50052	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an			
TKez im	schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen,			
QSKH-	die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt			
Verfahren*	wurden individuelle Risiken der Kinder)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,29 O / E	0,05 – 1,58	Nicht definiert	—
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,93	0,81 – 1,07		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
12	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung			
ID 51901 QI im QSKH- Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
20 / 20,71 Fallzahl: 152	0,97 O / E	0,64 – 1,43	<= 2,23 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	1,00 – 1,11		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (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).

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
13	Nosokomiale Infektion				
ID 50060	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)				
QI im QSKH-Verfahren Inf.-bez.*					
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
16 / 19,40	0,82 O / E	0,51 – 1,33	<= 2,34 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Fallzahl: 810					
Bundesergebnis	0,91	0,86 – 0,97			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
14	Pneumothorax unter oder nach Beatmung			
ID 50062	Eine Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand, die während oder nach der Beatmung aufgetreten ist			
QI im QSKH-Verfahren*				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
12 / 22,31	0,54 O / E	0,31 – 0,93	<= 2,28 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 701				
Bundesergebnis	0,88	0,83 – 0,94		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



Der QI soll, trotz Nicht-Vergleichbarkeit des QI-Ergebnisses zu den Vorjahren, auch für das EJ 2020 zur Veröffentlichung empfohlen werden, da durch Anpassungen der Datenfelder, die Abfrage zu einem Pneumothorax klarer definiert und präzisiert wurde.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
15	Zunahme des Kopfumfangs				
ID 52262	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)				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
46 / 165	27,88 %	21,60 – 35,16 %	<= 26,76 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	10,12 %	9,64 – 10,63 %			
Kategorie	Bewertung durch 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

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie


Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

16 Durchführung eines Hörtests

ID 50063 Ein Hörtest wurde durchgeführt

QI im
QSKH-
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
953 / 984	96,85 %	61,59 – 131,74 %	>= 95,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 98,06 % 97,97 – 98,14 %

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

17 **Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen**

ID 50069

QI im QSKH-Verfahren* Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	---	-------------------------

23 / 9,12

2,52 O / E

1,72 – 3,61

<= 2,47



Fallzahl: 147

(95. Perzentil)

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis

0,95

0,87 – 1,03

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

U31 **Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig**



unverändert

Besondere klinische Situation

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



NEO – Neonatologie


Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

18 **Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen**

ID 50074

QI im QSKH-Verfahren* Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Lebendgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31+0 Schwangerschaftswochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
32 / 28,21	1,13 O / E	0,81 – 1,59	<= 2,00 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 842				
Bundesergebnis	1,00	0,96 – 1,03		

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

R10 **Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie				
ID 2005	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
185 / 189	97,88 %	94,69 – 99,17 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	98,77 %	98,73 – 98,81 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232000 mit Bezug zu 2005 EKez im QSKH- Verfahren*	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
102 / 105	97,14 %	91,93 – 99,02 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	98,68 %	98,63 – 98,73 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 2005 „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)			
TKez im QSKH-Verfahren*	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh 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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
160 / 163	98,16 %	94,73 – 99,37 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	98,83 %	98,79 – 98,87 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232001 mit Bezug zu 2006	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
EKez im QSKH- Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
95 / 98	96,94 %	91,38 – 98,95 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	98,75 %	98,69 – 98,80 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 2006 „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05 ID 2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)			
TKez im QSKH-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
25 / 26	96,15 %	81,11 – 99,32 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	97,54 %	97,25 – 97,81 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
06	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232002 mit Bezug zu 2007 EKez im QSKH-Verfahren*	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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 7	100,00 %	64,57 – 100,00 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	96,86 %	96,41 – 97,26 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 2007 „Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)“




PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

07 Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme

ID 2009 Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem QSKH-Verfahren* dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt).

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
82 / 92	89,13 %	81,14 – 93,99 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	93,21 %	93,08 – 93,34 %		

Kategorie	Bewertung durch 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)



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)			
ID 232003 mit Bezug zu 2009	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden).			
EKez im QSKH- Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
100 / 154	64,94 %	57,12 – 72,02 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	83,04 %	82,89 – 83,19 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 2009 „Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
09	Frühmobilisation nach Aufnahme				
ID 2013	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
60 / 63	95,24 %	86,91 – 98,37 %	>= 90,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,64 %	92,49 – 92,79 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232004 mit Bezug zu 2013 EKez im QSKH-Verfahren*	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin/der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
35 / 35	100,00 %	90,11 – 100,00 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	92,70 %	92,52 – 92,87 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 2013 „Frühmobilisation nach Aufnahme“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
11 ID 2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung				
QI im QSKH-Verfahren*	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
129 / 129	100,00 %	97,11 – 100,00 %	>= 95,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,49 %	96,41 – 96,58 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
12	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232005 mit Bezug zu 2028	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob der Patient ausreichend gesund ist.			
EKez im QSKH-Verfahren*	Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
68 / 68	100,00 %	94,65 – 100,00 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	95,89 %	95,77 – 96,00 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 2028 „Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
13	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung			
ID 2036	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren			
TKez im QSKH-Verfahren*	waren			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
128 / 128	100,00 %	97,09 – 100,00 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	98,68 %	98,62 – 98,73 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
14	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232006 mit Bezug zu 2036	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
EKez im QSKH- Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
67 / 67	100,00 %	94,58 – 100,00 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	98,64 %	98,57 – 98,71 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 2036 „Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
15	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)			
ID 231900				
TKez im QSKH-Verfahren*	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
14 / 105	13,33 %	8,11 – 21,14 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	15,52 %	15,35 – 15,69 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
16	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert und inkl. COVID-19-Fälle)			
ID 232008 mit Bezug zu 231900	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt).			
EKez im QSKH-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
29 / 189	15,34 %	10,90 – 21,17 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	17,06 %	16,92 – 17,20 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
—	—			—
(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 231900 „Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)“




PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

17 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 50778 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). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 8,42 Fallzahl: 99	1,07 O / E	0,57 – 1,93	<= 1,98 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	1,00 – 1,03		

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
18	Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)			
ID 232007 mit Bezug zu 50778 EKez im QSKH- Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
20 / 14,93	1,34 O / E	0,88 – 1,99	Nicht definiert	–
Fallzahl: 179				
Bundesergebnis	1,02	1,00 – 1,03		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 50778 „Sterblichkeit im Krankenhaus“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

19 Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)

ID 232010 mit Bezug zu 50778 Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde.

EKez im QSKH-Verfahren*

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	---	-------------------------

11 / 6,51	1,69 O / E	0,97 – 2,82	Nicht definiert	—
------------------	-------------------	-------------	-----------------	---

Fallzahl: 80

Bundesergebnis	1,02	1,00 – 1,03
----------------	------	-------------

Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

—	—	—
---	---	---

(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei der Berechnung wurden ausschließlich Fälle berücksichtigt, für die COVID-19 dokumentiert wurde.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA Kennzahl mit Bezug zu QI ID 50778 „Sterblichkeit im Krankenhaus“



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
20	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme				
ID 50722	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
QI im QSKH-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
154 / 169	91,12 %	85,87 – 94,55 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	96,76 %	96,69 – 96,82 %			
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr	
S99	Sonstiges			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
	Zielvereinbarung in Umsetzung. Positive Entwicklungstendenz.				
Fachlicher Hinweis des IQTIG					
<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Strukturierten Dialogs nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Strukturierten Dialog vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p> <p>Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/</p>					

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA



PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
21	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232009 mit Bezug zu 50722	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.			
EKez im QSKH- Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
81 / 93	87,10 %	78,79 – 92,46 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	96,71 %	96,63 – 96,79 %		
Kategorie	Bewertung durch Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>
Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Qualitätssicherung im Krankenhaus“ (QSKH-RL) des G-BA
Kennzahl mit Bezug zu QI ID 50722 „Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme“



TX-HTX – Herztransplantationen

Herztransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 2157 Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des
QI im Krankenhausaufenthalts verstorben sind
DeQS-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 20,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,19 %	7,10 – 14,42 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:



https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
01	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems			
ID 251800				
QI im DeQS-Verfahren*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	1,26 O / E	0,23 – 3,52	<= 1,36	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,03	0,90 – 1,16		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen


Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunsth Herzens

ID 251801

QI im DeQS-Verfahren* Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens in dem Krankenhaus versterben


Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0,79 / 4	19,84 %	10,68 – 45,23 %	<= 35,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 23,28 % 22,80 – 24,74 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
03 ID 52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD				
QI im DeQS-Verfahren*	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
0 / 4	0,00 %	0,00 – 48,99 %	<= 20,00 %		eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	5,82 %	4,30 – 7,83 %			
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04 ID 52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD			
TKez im DeQS-Verfahren*	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	18,18 %	8,61 – 34,39 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
05	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH			
ID 52387	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines künstlichen			
TKez im	Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt			
DeQS-				
Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 65,76 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA




TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

06 Sepsis bei Implantation eines LVAD

ID 52388 Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt
QI im DeQS-Verfahren Inf.-bez.*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	0,00 %	0,00 – 48,99 %	<= 20,83 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	6,26 %	4,68 – 8,32 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
07	Sepsis bei Implantation eines BiVAD			
ID 52389	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt			
TKez im DeQS-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	21,21 %	10,68 – 37,75 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
08	Sepsis bei Implantation eines TAH			
ID 52390	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen			
TKez im	Herzens, das das gesamte Herz ersetzt			
DeQS-				
Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	50,00 %	9,45 – 90,55 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA




TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

09 Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

ID 52391 Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
 QI im DeQS-Verfahren*


Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	0,00 %	0,00 – 48,99 %	<= 5,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,16 % 0,59 – 2,28 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der

Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD			
ID 52392	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte			
TKez im	Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft			
DeQS-				
Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	3,03 %	0,54 – 15,32 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH			
ID 52393	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft			
TKez im DeQS-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	3,03 %	0,54 – 15,32 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts

ID 382000

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 3,33 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,70 %	0,52 – 0,95 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird


Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 382009

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------


0 / 89	0,00 %	0,00 – 4,14 %	<= 2,35 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
---------------	---------------	---------------	------------------------------	---

Bundesergebnis 0,44 % 0,29 – 0,65 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

03	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei offen-chirurgischem, isoliertem Aortenklappeneingriff
ID 382005	
TKez im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

< 4	–	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	1,93 %	1,61 – 2,31 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

–	–	–
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA




KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 382006 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts DeQS- verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen Verfahren* und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	1,67 O / E	0,57 – 4,68	<= 2,66 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,05	0,91 – 1,22		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Intraprozedurale Komplikationen während des stationären Aufenthalts

ID 372000

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 410	2,44 %	1,33 – 4,43 %	<= 4,12 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,89 %	1,72 – 2,08 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts

ID 372001

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

k. A.	–	–	<= 3,40 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
--------------	---	---	------------------------------	---

Bundesergebnis 1,15 % 1,01 – 1,30 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

S92 Sonstiges

Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

03 Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation

ID 372009

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

< 4	–	–	<= 2,18 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis	0,72 %	0,61 – 0,84 %
----------------	--------	---------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei kathetergestütztem, isoliertem Aortenklappeneingriff
ID 372005	
TKez im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 406	1,23 %	0,53 – 2,85 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 2,17 % 1,98 – 2,37 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

— — —
(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie


Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

05 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 372006 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts DeQS- verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) Verfahren*

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
---------------------	----------	-------------------	---	-------------------------


5 / 7,49	0,67 O / E	0,29 – 1,54	<= 2,32 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 410				

Bundesergebnis	1,02	0,93 – 1,11
----------------	------	-------------

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
01	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna				
ID 352000	Patientinnen und Patienten, bei denen die linksseitige Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (Bypass) verwendet wurde				
QI im DeQS-Verfahren*					
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
384 / 405	94,81 %	92,20 – 96,58 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	94,85 %	94,57 – 95,13 %			
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				
Fachlicher Hinweis des IQTIG					
<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>					

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation			
ID 352010				
QI im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 1,68 %	
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,68 %	0,58 – 0,81 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation bei isolierter Koronarchirurgie			
ID 352006				
TKez im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 356	1,97 %	0,96 – 4,00 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,81 %	1,64 – 2,01 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–	–			–

(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 352007 Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an
QI im Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
DeQS- verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen
Verfahren* und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 9,67	1,14 O / E	0,64 – 2,01	<= 2,39 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 406				
Bundesergebnis	1,11	1,03 – 1,19		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Tod durch operative Komplikationen

ID 2097 Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von
 QI im 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind
 DeQS-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 5,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,86 %	0,40 – 1,87 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
 Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 2096	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QI im	verstorben sind			
DeQS-				
Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
k. A.	–	–	<= 20,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	11,33 %	9,19 – 13,90 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
S92	Sonstiges			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden			
Fachlicher Hinweis des IQTIG				
<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>				

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Postoperative Verweildauer			
ID 2133	Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation			
QI im DeQS-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
k. A.	–	–	<= 30,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	24,88 %	21,68 – 28,39 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
S92	Sonstiges			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden				
Fachlicher Hinweis des IQTIG				
<p>Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:</p> <p>https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf</p>				

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-NLS – Nierenlebendspenden

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Intra- oder postoperative Komplikationen

ID 51567 Komplikationen während oder nach der Operation

QI im
DeQS-
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 10,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,46 %	1,38 – 4,35 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



TX-NLS – Nierenlebendspenden

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 2137	Organspenderinnen und Organspender, die während des			
QI im	Krankenhausaufenthalts verstorben sind			
DeQS-	Verfahren*			
	Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)
	0 / 39	0,00 %	0,00 – 8,97 %	Sentinel Event ^(y)
				◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,85 %	
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der



Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierten Dialog.



TX-NLS – Nierenlebendspenden

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
04 ID 2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich			
QI im DeQS-Verfahren*	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 39	0,00 %	0,00 – 8,97 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,85 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der

Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Strukturierter Dialog.



NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

01 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 572017 Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des
QI im Krankenhausaufenthalts verstorben sind
DeQS-
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	<= 5,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,52 % 0,28 – 0,99 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:



https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
02	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortalen Organspende			
ID 572022				
QI im DeQS-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
21 / 23	91,30 %	73,20 – 97,58 %	>= 60,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	75,63 %	73,19 – 77,91 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:



https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende			
ID 572023				
QI im DeQS-Verfahren*	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) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
38 / 38	100,00 %	90,82 – 100,00 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,50 %	93,15 – 97,07 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
01	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 572036	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des			
QI im	Krankenhausaufenthalts verstorben sind			
DeQS-	Verfahren*			
	Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)
	< 4	–	–	<= 5,00 %
	Datenschutz ^(x)			
				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Bundesergebnis	5,95 %	2,57 – 13,19 %	
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

ID 572043 Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
DeQS-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	–	–	>= 75,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	79,75 %	69,60 – 87,13 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03	Entfernung des Pankreastransplantats			
ID 572047 QI im DeQS- Verfahren*	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	–	–	<= 20,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	14,29 %	8,37 – 23,33 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission beim IQTIG im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:



https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
01	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie			
ID 56000				
QI im DeQS-Verfahren*	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
394 / 430	91,63 %	88,63 – 93,89 %	>= 29,31 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	59,74 %	59,52 – 59,96 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

02 Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund

ID 56001

QI im DeQS-Verfahren* Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
-----------------	----------	-------------------	---	-------------------------

120 / 373	32,17 %	27,63 – 37,07 %	<= 56,95 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
------------------	----------------	-----------------	-------------------------------	---

Bundesergebnis 31,26 % 31,05 – 31,47 %

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

◆
eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:



https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
03 ID 56003	Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt			
QI im DeQS-Verfahren*	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
65 / 83	78,31 %	68,30 – 85,82 %	>= 45,16 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	72,59 %	72,11 – 73,07 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA




PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

04 Door-Zeitpunkt oder Balloon-Zeitpunkt unbekannt

ID 56004 Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten


Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 83	0,00 %	0,00 – 4,42 %	<= 18,98 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 4,21 % 4,01 – 4,43 %

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf



Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
05 ID 56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²				
QI im DeQS-Verfahren*	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm ²				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
445 / 144,71	3,08 O / E	2,86 – 3,29	<= 2,15 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Fallzahl: 1.065					
Bundesergebnis	0,91	0,90 – 0,92			
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
A71	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert) Wiederholte Überschreitung des Referenzbereiches des Flächendosisproduktes ohne erkennbare Maßnahmen wie dies zukünftig verhindert werden soll.				

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III - Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin

Die besonderen Charakteristika unseres Patientenkollektivs (Begleiterkrankungen, besonders komplexe Eingriffe) haben einen relevanten Einfluss auf die benötigte Strahlendosis und stellen eine Erklärung für die Überschreitung des Referenzwertes dar. Zudem sind die Anlagen nicht mit den modernsten Techniken zur Reduzierung der Strahlung ausgestattet. Eine Neuanschaffung wurde bereits beantragt und bewilligt, wir befinden uns in der Planungsphase und erwarten die Modernisierung der Anlagen ab 2022.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
06 ID 56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²				
QI im DeQS-Verfahren*	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ²				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
16 / 14,06 Fallzahl: 66	1,14 O / E	0,73 – 1,68	<= 2,31 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	1,00	0,97 – 1,02			
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:



https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
07 ID 56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²				
QI im DeQS-Verfahren*	Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm ²				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
229 / 124,05 Fallzahl: 637	1,85 O / E	1,66 – 2,04	<= 2,06 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Bundesergebnis	0,93	0,92 – 0,94			
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar	
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich					

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen aus. Dies führt zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mit Hilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie


Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

08 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

ID 56008 Die Strahlenbelastung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

QI im
DeQS-
Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1.768	0,00 %	0,00 – 0,22 %	<= 0,83 % (90. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,39 %	0,38 – 0,41 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	--------------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
09	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml			
ID 56009				
QI im DeQS-Verfahren*	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
40 / 1.065	3,76 %	2,77 – 5,07 %	<= 11,57 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	5,23 %	5,16 – 5,29 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG



Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml			
ID 56010	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml			
QI im	Kontrastmittel verwendet wurde			
DeQS-	Verfahren*			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 66	6,06 %	2,38 – 14,57 %	<= 44,93 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	19,05 %	18,56 – 19,55 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG



Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml			
ID 56011	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel			
QI im DeQS-Verfahren*				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
40 / 637	6,28 %	4,65 – 8,44 %	<= 27,44 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	12,37 %	12,25 – 12,50 %		
Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie


Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

12 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

ID 56014

QI im DeQS-Verfahren* Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
100 / 107	93,46 %	87,11 – 96,80 %	>= 85,36 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,88 %	92,63 – 93,13 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	--	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA




PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
-----	---

13 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

ID 56016 Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen
 QI im DeQS-Verfahren*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
665 / 703	94,59 %	92,67 – 96,04 %	>= 89,23 % (5. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,50 %	94,41 – 94,58 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
-----------	---	-----------------------

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels Stellungnahmeverfahren nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie „Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) des G-BA



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

C-1.2.B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 sind an dieser Stelle („Tabelle B“) keine Qualitätsindikatoren angegeben.

C-1.2.C Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 ist eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse nicht vorgesehen.



C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Trifft nicht zu.

In Nordrhein-Westfalen gibt es kein Verfahren zur externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V, das auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgeht.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

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 Universitätsklinik 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

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Lebertransplantation	20	43	nein
Nierentransplantation	25	72	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	205	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	67	nein
Stammzelltransplantation	25	168	nein
Knie-Totalendoprothesen	50	79	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	122	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)	–	–

(*) = 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 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	Leistungsberechtigung
Lebertransplantation	ja
Nierentransplantation	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Stammzelltransplantation	ja
Knie-Totalendoprothesen	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	ja
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.



C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Leistungsbereich	Bestätigte Prognose ¹	Erbrachte Menge 2020	Menge Quartal 3-4 & 1-2 ²
Lebertransplantation	20	43	35
Nierentransplantation	25	72	84
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	205	202
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	67	88
Stammzelltransplantation	25	168	174
Knie-Totalendoprothesen	50	79	72
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	122	117
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)	–	–

(*) = 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.

¹ Hier wird angegeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt wurde.

² In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	Ausnahmetatbestand
Lebertransplantation	nein
Nierentransplantation	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Stammzelltransplantation	nein
Knie-Totalendoprothesen	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.



C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden:

Leistungsbereich	Ausnahmetatbestand
Lebertransplantation	nein
Nierentransplantation	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Stammzelltransplantation	nein
Knie-Totalendoprothesen	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)

(*) = 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 Nummer 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie						
CQ01	<p>Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma</p> <p>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.</p>						
CQ02	<p>Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten</p> <p>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.</p>						
CQ03	<p>Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde</p> <p>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.</p>						
CQ05	<p>Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1</p> <p>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 2020 122 Kinder). Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1000 g. Die Nachsorge erfolgt über das Sozialpädiatrische Zentrum.</p> <p>Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org</p> <p>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.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>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. (QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil.</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen.</td> <td>nein</td> </tr> </tbody> </table>	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. (QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)	ja	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
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. (QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)	ja						
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						



Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ18	<p>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</p> <p>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.</p>
CQ23	<p>Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen</p>
CQ24	<p>Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom</p>
CQ25	<p>Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser</p> <p>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.</p>

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	807
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	502
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben ²	468

¹ Fortbildungsverpflichtete Personen nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (FKH-R) in der Fassung vom 18.05.2017 (siehe www.g-ba.de)

² Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.



C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12. November 2019 sowie der PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 4. Mai 2020. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBl. I S. 597 vom 27. März 2020) und vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat das Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu den §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung vom 28. Oktober 2019 (PpUGV) mit Wirkung zum 1. März 2020 bis zum 31. Dezember 2020 ausgesetzt. Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16. Juli 2020 (BGBl. I S. 1701) wurden die Melde- und Nachweispflichten für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie zum 1. August 2020 wieder eingesetzt.

Für das Berichtsjahr 2020 liegen demnach Nachweise nach §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für alle pflegesensitiven Bereiche gemäß § 6 Absatz 1 Nummer 1 bis 8 (vgl. Tabelle 1) für die Monate Januar und Februar vor. Für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie liegen darüber hinaus Nachweise zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für die Monate August bis Dezember vor. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist gemäß § 137i Absatz 4 Satz 4 SGB V sowie gemäß § 4 der Zweiten PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 27. August 2020 in den Qualitätsberichten darzustellen.

Aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist die Datengrundlage zur Ermittlung des monatsbezogenen (Kapitel C-8.1) sowie des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) im Berichtsjahr 2020 eingeschränkt. Mit den Daten für die Monate Januar und Februar liegen für die Bereiche Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils lediglich Daten zu zwei Monaten des Jahres 2020 vor, auf deren Basis der monatsbezogene Erfüllungsgrad (Kapitel C-8.1) ermittelt wurde. Die Erfüllungsgrade sind daher unter Berücksichtigung der eingeschränkten Datengrundlage zu interpretieren und müssen nicht repräsentativ für das gesamte Jahr sein. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus monatsbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

Zur Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) werden die einzelnen Schichten in den pflegesensitiven Bereichen herangezogen. Für das Berichtsjahr 2020 liegen in den pflegesensitiven Bereichen Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils Daten zu maximal 60 Tag- bzw. Nachtschichten (31 Schichten im Januar + 29 Schichten im Februar) vor. Die oben genannten Limitationen gelten entsprechend. Bei der Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus schichtbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.



C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände ²
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Tag	71,43 %	3
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Nacht	42,86 %	3
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Tag	14,29 %	3
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Nacht	28,57 %	3
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Nacht	100,00 %	0
Intensivmedizin	PACU	Tag	100,00 %	2
Intensivmedizin	PACU	Nacht	100,00 %	2
Intensivmedizin	MANE Eb. 08	Tag	100,00 %	0
Intensivmedizin	MANE Eb. 08	Nacht	100,00 %	0
Herzchirurgie	Station 4.2	Tag	0,00 %	0
Herzchirurgie	Station 4.2	Nacht	0,00 %	0
Herzchirurgie	Station 3.2	Tag	100,00 %	0
Herzchirurgie	Station 3.2	Nacht	0,00 %	0
Unfallchirurgie	Station IV	Tag	100,00 %	0
Unfallchirurgie	Station IV	Nacht	100,00 %	0
Unfallchirurgie	Station E 11	Tag	100,00 %	0
Unfallchirurgie	Station E 11	Nacht	100,00 %	0
Unfallchirurgie	Station III	Tag	100,00 %	0
Unfallchirurgie	Station III	Nacht	100,00 %	0
Unfallchirurgie	Station I	Tag	100,00 %	0



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände ²
Unfallchirurgie	Station I	Nacht	100,00 %	0
Kardiologie	Station 3.1	Tag	100,00 %	0
Kardiologie	Station 3.1	Nacht	100,00 %	0
Neurologie	Station 4	Tag	100,00 %	0
Neurologie	Station 4	Nacht	100,00 %	0
Neurologie	Station 2	Tag	100,00 %	0
Neurologie	Station 2	Nacht	100,00 %	0
Neurologie	Station 13.1A	Tag	100,00 %	0
Neurologie	Station 13.1A	Nacht	100,00 %	0
Neurologie	Station 1	Tag	100,00 %	0
Neurologie	Station 1	Nacht	100,00 %	0
Neurologie Schlag- anfallereinheit	Stroke Unit	Tag	100,00 %	0
Neurologie Schlag- anfallereinheit	Stroke Unit	Nacht	100,00 %	0
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Tag	100,00 %	0
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Nacht	100,00 %	0

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

² Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Tagschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Absatz 2 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020

PACU = Post Anaesthesia Care Unit, im Zentral-OP integrierte Intensiveinheit für Patientinnen und Patienten, die nach komplexen operativen Eingriffen eine kurzzeitige (bis zu 24-stündige) intensivmedizinische Überwachung oder Therapie benötigen

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind

C-8.2

Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Tag	100,00 %
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Nacht	100,00 %
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Tag	100,00 %
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Nacht	100,00 %
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Tag	100,00 %
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Nacht	100,00 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Tag	100,00 %



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020
C Qualitätssicherung

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Nacht	100,00 %
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Tag	99,53 %
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Nacht	100,00 %
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Tag	57,75 %
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Nacht	30,99 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Tag	100,00 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Nacht	100,00 %
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Tag	23,94 %
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Nacht	26,29 %
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Tag	99,53 %
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Nacht	99,53 %
Intensivmedizin	PACU	Tag	90,32 %
Intensivmedizin	PACU	Nacht	100,00 %
Intensivmedizin	MANE Eb. 08	Tag	100,00 %
Intensivmedizin	MANE Eb. 08	Nacht	100,00 %
Herzchirurgie	Station 4.2	Tag	17,86 %
Herzchirurgie	Station 4.2	Nacht	25,00 %
Herzchirurgie	Station 3.2	Tag	80,00 %
Herzchirurgie	Station 3.2	Nacht	33,33 %
Unfallchirurgie	Station IV	Tag	93,33 %
Unfallchirurgie	Station IV	Nacht	56,67 %
Unfallchirurgie	Station E 11	Tag	100,00 %
Unfallchirurgie	Station E 11	Nacht	98,33 %
Unfallchirurgie	Station III	Tag	100,00 %
Unfallchirurgie	Station III	Nacht	100,00 %
Unfallchirurgie	Station I	Tag	100,00 %
Unfallchirurgie	Station I	Nacht	100,00 %
Kardiologie	Station 3.1	Tag	91,67 %
Kardiologie	Station 3.1	Nacht	55,00 %
Neurologie	Station 4	Tag	86,44 %
Neurologie	Station 4	Nacht	100,00 %
Neurologie	Station 2	Tag	96,67 %
Neurologie	Station 2	Nacht	91,67 %
Neurologie	Station 13.1A	Tag	81,67 %
Neurologie	Station 13.1A	Nacht	50,00 %
Neurologie	Station 1	Tag	100,00 %
Neurologie	Station 1	Nacht	100,00 %



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2020

C Qualitätssicherung

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Neurologie Schlag- anfalleinheit	Stroke Unit	Tag	96,67 %
Neurologie Schlag- anfalleinheit	Stroke Unit	Nacht	90,00 %
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Tag	90,00 %
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Nacht	70,00 %

¹ Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

PACU = Post Anaesthesia Care Unit, im Zentral-OP integrierte Intensiveinheit für Patientinnen und Patienten, die nach komplexen operativen Eingriffen eine kurzzeitige (bis zu 24-stündige) intensivmedizinische Überwachung oder Therapie benötigen

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind



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 der ersten pflegewissenschaftlichen Studiengänge einer Medizinischen Fakultät. Der Lehrstuhl Klinische Pflegewissenschaften konnte 2019 besetzt werden. In 2020 wurde der neue Studiengang Hebammenwissenschaften etabliert.

In der Krankenversorgung steht das Wohl der Patientin und 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 die Patientin und den Patienten vor Infektionen durch das Krankenhaus. Eine Stabsstelle Antibiotic Stewardship ist beim Ärztlichen Direktor etabliert. Die Sicherheit zeigt sich in einer niedrigen Rate der Infektionen.



Ein umfassendes Risiko- und Fehlermanagement wird betrieben, 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 die Patientin oder den Patienten annehmbare Behandlung, die ihre oder seine Leiden lindert und ihre oder 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, Transfusions-, Arzneimittel- und Hygienekommission sowie ICU-Board für Intensivmedizin, OP-Board, Schockraumkonferenz und eine Vielzahl von Tumorkonferenzen. Als onkologisches Spitzenzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft werden mehr als 95 % aller onkologischen Erstdiagnosen dort vorgestellt und besprochen. Die Steuerung der Patientinnen und Patienten obliegt dem Casemanagement und die weitere Versorgung nach dem stationären Aufenthalt dem Entlassmanagement.

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 und Klinische Risikomanagement organisiert. Das zentrale Klinische Risikomanagement hat drei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze zur Risikoidentifikation etabliert:

- Statistische Verfahren mit
 - Externer Qualitätssicherung
 - Aktenanalyse und Befragungen



- Anlasslose Verfahren
 - Begehungen der Aufsichtsbehörden
 - Interne Prozess- und Systemaudits nach den Vorgaben von Normen und Fachgesellschaften
 - Risikoaudits: Begehungen der klinischen Bereiche in Kooperation mit der Zentralen Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und der Tochtergesellschaft medfacilities sowie den ärztlichen und pflegerischen Vertreterinnen und Vertretern der begangenen Bereiche
- Anlassbezogene Verfahren
 - Critical Incident Reporting System (CIRS)
 - Lob- und Beschwerdemanagement
 - Für Schadensfälle ist ein Verfahren etabliert, das einerseits vom London-Protokoll abgeleitet ist, und andererseits Elemente der Flugunfalluntersuchungen übernommen hat. Bei Verdacht auf Schadensfälle werden die Untersuchungen eingeleitet.
 - M&M – Konferenzen
 - Sturzerfassung und -analysen

Das Qualitätsmanagement ist in den jeweiligen Kliniken und Instituten organisiert. Nur einige Instrumente und Leistungen werden zentral organisiert:

- Organisation der Patientenbefragung, die Auswertung und interne Kommunikation erfolgt durch die Unternehmensstrategie im Rhythmus alle zwei Jahre
- Ideenwettbewerb
- Beratung von Kliniken, Instituten, Schwerpunkten und Bereichen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen
- IT-gestützte Dokumentenlenkung
- Konzepte der Abfallentsorgung
- 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Reanimationsschulungen im Skills Lab teil.
- Die Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde um ein spezielles monatliches Angebot für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und Ärztinnen und Ärzte erweitert. Pflegerisches Personal wird alle zwei Monate eingewiesen. Bei beiden Berufsgruppen steht das Sichere Arbeiten, wie Hygiene, Arzneimittelversorgung etc. im Zentrum.
- Für nicht wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden zentrale Einführungen vierteljährlich durchgeführt. Für sie liegen 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 Lenkungscommissionen der Uniklinik vertreten. In diesem Rahmen werden auch die Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach SGB V der Bundesebene, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), und der Landesgeschäftsstelle



Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (QS NRW) bzw. der Landesarbeitsgemeinschaft NRW (LAG DeQS NRW) zusammengeführt und koordiniert.

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 und Mitarbeiter oder Patientinnen und 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anonym und sanktionsfrei Risiken für Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter melden. Das CIRS dient der schnellen Erfassung von kritischen Ereignissen (critical incidents) und ermöglicht im Bedarfsfall ein schnelles Einleiten von Korrekturmaßnahmen.
 - Voraussetzung für das Gelingen eines CIRS ist die sanktionsfreie Bearbeitung der Berichte und die vorurteilsfreie Suche nach den Ursachen. Häufig sind es organisatorische Defizite, die zu kritischen Ereignissen führen, z. B. wenn gefährliche Medikamente aufgrund mangelnder Kennzeichnung leicht verwechselt werden können.
 - Die Berichte werden in vertraulicher oder auch 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 sank im Jahre 2020 leicht auf 623 (2019 : 786) Meldungen. Besonders beachtlich ist die hohe Quote von ca. 70 % der Meldungen, bei denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihren Namen für Rückfragen offenbarten. Das weist auf ein hohes Vertrauen zu den Betreibern des CIRS (Vorstand und ZMS) hin.
- Das **Lob- und Beschwerdemanagement** ist für 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.

2.719 Patientinnen und Patienten und Angehörige haben sich in 2020 zu 13.285 einzelnen Themen geäußert, davon waren 9.197 lobende, 3.994 kritische und 94 neutrale Rückmeldungen.

- **Patientenbefragungen** gehören neben dem Beschwerdemanagement zu einer sehr wichtigen Informationsquelle zu der Frage, wie die Uniklinik wahrgenommen wird. Während das Beschwerdemanagement sich auf den einzelnen Fall fokussiert, lassen sich aus den Patientenbefragungen auch statistische Auswertungen ableiten.
Die Uniklinik befragt alle geraden Jahre über 5.500 Patientinnen und Patienten der Monate September bis November, die nach einem Zufallsverfahren ausgewählt und angeschrieben werden. In 2020 fand eine Gesamt-Befragung statt. Der Rücklauf lag bei 44 % Die Ergebnisse wurden den Klinikdirektoren vorgestellt.
- 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 Apotheker 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 2020 wurden wegen der pandemische Lage nur 2 Reaudits durchgeführt. Eine Mitarbeiterin wechselte zeitweise in die Intensivpflege.
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 stieg leicht mit 526 (377 in 2019) im Jahre 2020 auf ein gutes 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.
- **Onkologisches Zentrum:** In 2013 wurde in der Uniklinik das Onkologische Zentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der ISO 9001 zertifiziert. In 2020 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 ist im Qualitätsmanagement der Uniklinik Köln eine rechnergestützte Dokumentenlenkung etabliert. Regeln, Dienst-, Verfahrensanweisungen, SOPs und Standards werden dort systematisch abgelegt und im Intranet zugänglich gemacht.

Mit Hilfe der elektronischen Dokumentenlenkung 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
 - Modul Neuroonkologische Tumore
 - Modul Kopf-Hals-Tumore
- Innere Medizin I Stammzelltransplantation
- Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Brust- und Genitalkrebszentrum
- Dermatologie – Hauttumorzentrum
- Augenheilkunde – Hornhautbank
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- UniReha
- Transfusionsmedizin
- Zentrum für Labordiagnostik
- Virologie und Pharmakologie
- Institut für Pathologie
- MVZ Oberberg und Siegen
- Institut für Rechtsmedizin
- Apotheke
- SterilGut GmbH
- Palliativmedizin
- Zentralbereich Medizinische Synergien mit
 - Klinikangelegenheiten, Krisenmedizin, Alarmpläne
 - Zentrale Krankenhaushygiene
 - UKReinigung
 - Urologie
 - Neurologie – Stroke Unit
 - Neurochirurgie



In den einzelnen Instanzen der Dokumentenlenkung werden jeweils bis zu 1.500 Dokumente gelenkt. Insgesamt sind über 30.000 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 Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter 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.

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
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
Neuromuskuläres Zentrum mit Sitz in Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln, Mönchengladbach, Wuppertal Klinik und Poliklinik für Neurologie	Qualitätskriterien für neuromuskuläre Zentren nach der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. – DGM Arbeitsgruppe Gütesiegel der DGM
Epilepsie-Ambulanz Klinik und Poliklinik für Neurologie	Kriterien des Epilepsiekuratoriums und der Epilepsie-Liga der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e.V. – DGfE Kommission Ambulante Epileptologie der DGfE
Integriertes Myasthenie-Zentrum der DMG Klinik und Poliklinik für Neurologie	Kriterien der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e.V. – DMG BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	Vorgaben der Initiative Endo Cert im Bereich der endoprothetischen Versorgung ClarCert GmbH



Kliniken und Zentren	Zertifikate
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 Schwerpunktambulanz 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 Kreislau fforschung 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 Kreislau fforschung 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
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 Kreislau fforschung 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 Kreislau fforschung 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



Kliniken und Zentren	Zertifikate
<p>Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte 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</p>	<p>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</p>
<p>Prostatazentrum Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie im Verbund mit fünf urologischen Praxen (Kooperationspartner) in Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Prostatazentren im DVPZ e. V. Zertifizierungsstelle des Dachverbands der Prostatazentren Deutschlands e. V. – DVPZ</p>
<p>Onkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln Organkrebszentren + Hauptkernleister: Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Palliativmedizin, Psychoonkologie</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Onkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Brustkrebszentrum Köln/Frechen Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Anforderungen des Landes NRW für Brustzentren ÄKzert der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster</p>
<p>Gynäkologisches Krebszentrum und Brustkrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren und Brustkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Gynäkologische Dysplasie-Einheit im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>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.</p>
<p>Hautkrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Hautkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Kinderonkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kinderonkologie OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>



Kliniken und Zentren	Zertifikate
<p>Kopf-Hals-Tumorzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kopf-Hals-Tumorzentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Lungenkrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Lungenkrebszentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Neuroonkologisches Tumorzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Neuroonkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Uro-Onkologisches Zentrum im CIO Köln • Harnblasenkrebszentrum • Nierenkrebszentrum • Prostatakrebszentrum Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Uro-Onkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Sarkomzentrum für Weichteil- und Knochensarkome im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Sarkomzentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Viszeralonkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln • Darmkrebszentrum • Leberkrebszentrum • Magenkrebszentrum • Pankreaskarzinomzentrum • Ösophaguskrebszentrum</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Viszeralonkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.</p>
<p>Zentrum für Hämatologische Neoplasien im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Zentren für Hämatologische Neoplasien OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.</p>
<p>Exzellenzzentrum für Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstrakts im CIO Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln</p>	<p>Standards of Center of Excellence by European Neuroendocrine Tumor Society – ENETS DQS GmbH Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen</p>
<p>Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs für Klinische Beratung und Betreuung</p>	<p>QM-System nach DIN EN ISO 9001 ÄKzert der Ärztekammer Westfalen-Lippe</p>
<p>Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik: Molekulare Humangenetik</p>	<p>Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH</p>



Kliniken und Zentren	Zertifikate
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.
Audiologisches Zentrum Zusammenarbeit der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, des Cochlear Implant Centrum Köln – CIK, des Screeningzentrums Nordrhein sowie des Jean-Uhrmacher-Instituts für klinische HNO-Forschung an der Universität zu Köln	Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Audiologie – DGA Vorstand der DGA
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 Beratungsbriefe	QM-System nach DIN EN ISO 9001 TÜV SÜD Management Service GmbH
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



Kliniken und Zentren	Zertifikate
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
Betriebliches Eingliederungsmanagement	Kriterien des International Disability Management Standards Council – IDMSC Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV / Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln – iqpr



Kliniken und Zentren	Zertifikate
MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH für <ul style="list-style-type: none"> • 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, Einweisungs-management (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



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.

Benchmarking

Das Brustzentrum der Klinik für Frauenheilkunde hat sich auch 2019 wieder an einem freiwilligen Benchmarking beteiligt. Ausgewertet werden die Daten durch das Westdeutsche Brust-Centrum.

Die externe vergleichende Qualitätssicherung ist Teil der klinischen Prozesse. Die Daten werden von den Medizinischen Synergien auch unterjährig ausgewertet und den Klinikdirektoren und dem Vorstand vorgestellt.

Befragungen

Sowohl die selbst durchgeführten Befragungen des Picker Instituts, als auch die Befragungen der Krankenkassen, wie der AOK Rheinland und Hamburg, beinhalten Benchmarks zu den jeweiligen Fragen. Die Benchmarks werden differenziert zwischen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und Universitätskliniken. Die Ergebnisse werden dem Ärztlichen Direktor oder dem Klinischen Vorstand vorgestellt und gegebenenfalls Maßnahmen dazu initiiert.



Hinweise zur Datengrundlage

Angaben zu Fallzahlen anhand der Erfassung zur Abrechnung

Die ICD- und OPS-Codes, also die Schlüsselnummern zu Diagnosen und Behandlungen, werden anhand der Krankenakte zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale zur Abrechnung erfasst, ein „Fall wird kodiert“.

ICD – Diagnoseschlüssel-Katalog
International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
OPS – Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V
Operationen- und Prozeduren-Schlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen die verpflichtenden Deutschen Kodierrichtlinien beachtet werden. Einige Codes dürfen nur einmal pro Fall kodiert bzw. gezählt werden, während andere Codes bei jeder erbrachten Leistung erfasst werden müssen.

In der Praxis ist es für die Erfassung vor allem relevant, ob ein ICD- bzw. OPS-Code tatsächlich erlösrelevant ist, dies auch ohne Absicht zur gezielten Erlösmaximierung. Ein weiterer Einfluss ergibt sich dadurch, wer die Daten erfasst bzw. wie der Arbeitsprozess der OPS-Kodierung in den einzelnen Fachabteilungen organisiert ist.

ICD- und OPS-Codes sind daher als Abrechnungsschlüssel nicht mit einer medizinischen Dokumentation zu verwechseln.

Datensatz analog § 21 KHEntgG

Die einheitliche Datengrundlage für die Fallzahlen (Top-Listen) zu ICD- und OPS-Codes im Strukturierten Qualitätsbericht ist analog zum Datensatz nach § 21 Krankenhaus-Entgelt-Gesetz (KHEntgG).

Der Datensatz nach § 21 KHEntgG enthält Daten zu allen stationären Fällen. Er wird vom Controlling erstellt und einmal im Jahr gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Dort werden diese Daten zur Anpassung der Vergütungsregeln (DRG) eingesetzt.

Es werden für diesen Bericht nur die Hauptdiagnosen eines Falls berücksichtigt. Teilstationäre Fälle wurden nur für die Top-Listen der OPS-Codes berücksichtigt.

Daten zu ambulanten, somatischen Fällen sind im Datensatz nach § 21 KHEntgG nicht enthalten und sollen gemäß der Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Top-Listen zu den ICD- und OPS-Codes auch nicht mitgezählt werden.

Top-Listen zu ICD-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der Hauptdiagnose nach ICD ist anhand der entlassenen Fachabteilung umgesetzt. Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen der Universitätsklinik Köln, bei dem ein Fall und damit dessen Hauptdiagnose der Fachabteilung mit der kumuliert längsten Verweildauer einer Patientin oder eines Patienten zugeordnet wird.

Top-Listen zu OPS-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der OPS-Codes ist laut G-BA nach der leistungserbringenden Fachabteilung vorzunehmen. Da diese Information in der Datenbasis nicht enthalten ist, wird ein Regelwerk auf die Daten angewendet, das anhand des OPS-Codes und der "liegenden" bzw. anfordernden Fachabteilung die Leistung der erbringenden Fachabteilung zuordnet.



Regelbasierte OPS-Zuordnung

Für den Strukturierten Qualitätsbericht 2006 wurde die Zuordnung der OPS-Codes zur erbringenden Fachabteilung erstmalig anhand von Regeln vorgenommen.

Der OPS-Katalog wurde systematisch daraufhin überprüft, ob eine Leistung typischerweise von einer Fachabteilung erbracht wird, wie z. B. ein Computertomogramm („CT“) von der Radiologie. Dabei hat sich gezeigt, dass die Information, auf welcher Fachabteilung die Patientin oder der Patient liegt, ein zusätzlich entscheidendes Kriterium sein kann, von welcher Fachabteilung die Leistung konsiliarisch angefordert wird.

Anhand dieser Analyse wurde ein Regelwerk erstellt, das seitdem in der hausinternen Diskussion korrigiert und ergänzt wird. Anhand des OPS-Codes und der „liegenden“ (anfordernden) Fachabteilung wird die Leistung der erbringenden Fachabteilung zugeordnet.

Ab Berichtsjahr 2020 erfolgt die Regelanwendung direkt im Controlling.

Vergleichbarkeit zum Vorjahr

Die Kataloge zu ICD und OPS unterliegen wie auch die Kodierrichtlinien einem jährlichen Wandel, der einen jahresübergreifenden Vergleich nicht ohne nähere Prüfung der Katalogwerke und der Kodierrichtlinien zulässt.

Vergleichbarkeit zu anderen Berichten

Die Angaben zu Fallzahlen im Strukturierten Qualitätsbericht werden gemäß der DRG-Systematik ermittelt, die Angaben zu Fallzahlen im Jahresbericht (Geschäftsbericht) werden nach den Regeln der Landeskrankenhausstatistik berechnet. Diese unterschiedlichen Vorgaben führen zu unterschiedlichen Angaben. Die Fallzahlen im Jahresbericht und im Strukturierten Qualitätsbericht können daher nicht miteinander verglichen werden.

Angaben zum Personal

Die Angaben zum Personal erfolgen gemäß Beschluss des G-BA ohne Personalanteil für Forschung und Lehre.

Hinweis zu den Texten

Alle Texte, die auch in der maschinenlesbaren Datenbankfassung enthalten sind, hauptsächlich also die Texte in Tabellen, unterliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Textlängenbeschränkung (meist nur 300 Zeichen), daher muss hier eine knappe Formulierung gewählt werden, die auf Abkürzungen nicht verzichten kann.

Hinweis zum Datenschutz

Die eindeutige Krankenversicherungsnummer (eGK-Nummer), die seit 2013 im Datensatz nach § 21 KHEntgG verpflichtend enthalten ist, wurde vor der Aufbereitung für diesen Bericht anonymisiert. Aus der Datengrundlage für diesen Bericht kann daher kein Bezug mehr zu einer konkreten Person hergestellt werden.



Impressum

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

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-Parvaresch, M. Sc. (Zentralbereich Medizinische Synergien)

Datensatz analog § 21 KHEntgG, Anonymisierung und Aufbereitung
Ines Dohle, B. A. (Controlling)
Dr. med. Martin Klein (Zentralbereich Medizinische Synergien)

Datenauswertung für die OPS-Tabellen und für den ambulanten Bereich
Roman Voskoboynik (Controlling)

Angaben zu Personalzahlen und -qualifikationen
André Marco Redelstein (Controlling)
Frank Zwingers (Geschäftsbereich Personal)
Annika Theiling, B.Sc. (Pflegedirektion)
Stefan Reimers, M. A. (Pflegedirektion)
Edvinas Kasparaitis (OP-Management)

Anzahl Betten
Sarah Bär (Controlling)

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)

Laiensprachliche Übersetzungen zu ICD- und OPS-Katalogen
Bertelsmann Stiftung (www.weisse-liste.de) außer an gekennzeichneten Stellen

Alle Fotos
MedizinFotoKöln (Dekanat der Universität zu Köln)

Alle Rechte bei den Urhebern

Software zur Datenaufbereitung
empira Software GmbH (www.empira.de)

Alle Strukturierten Qualitätsberichte der Universitätsklinik Köln 2004 – 2020 (PDF)
www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte

Strukturierter Qualitätsbericht der CardioClinic Köln (PDF)
www.cardioclinic-koeln.de/qualitaetsberichte