



**UNIKLINIK  
KÖLN**

## **Strukturierter Qualitätsbericht**

analog zu den Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V  
über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts  
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

**für das Jahr 2012**

**2012**



## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse an der Uniklinik Köln und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht 2012. In unserem jährlichen Bericht möchten wir Ihnen wieder einen aktuellen und umfassenden Überblick über das große medizinische Leistungsspektrum und die zahlreichen Kompetenzen unserer über 55 Kliniken, Fachzentren und Institute geben.

Über 8.000 Mitarbeiter kümmern sich mit neuesten Behandlungsmethoden und unter Einsatz modernster Technik pro Jahr um weit mehr als 50.000 stationäre und fast 240.000 ambulante Patienten mit teils seltenen und schwierigen Krankheitsbildern.

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

Das Vertrauen der Patienten ist dabei Verpflichtung und Ansporn zugleich.

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

Der Qualitätsbericht zeigt Ihnen die Struktur der gesamten Uniklinik Köln sowie ihrer Kliniken und Institute. Wir berichten unter anderem über die Zahl der behandelten Erkrankungen, die durchgeführten medizinischen Tätigkeiten und unsere Ausstattung sowie unsere vielfältigen Versorgungsmöglichkeiten. Dabei gilt es gleichwohl zu bedenken, dass alle Angaben zu Fallzahlen aus der für die Abrechnung notwendigen Datenerfassung, der sogenannten Kodierung, entstammen.

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

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

Der Vorstand der Uniklinik Köln im Januar 2014



Univ.-Prof. Dr. med.  
Edgar Schöming

Ärztlicher Direktor

Univ.-Prof. Dr. med.  
Peer Eysel

Stellvertr. Ärztlicher  
Direktor

Univ.-Prof. Dr. Dr.  
Thomas Krieg

Dekan

Dipl.-Kfm.  
Günter Zwilling

Kaufmännischer  
Direktor

Betriebswirtin  
Vera Lux

Pflegedirektorin



## Inhaltsverzeichnis

Gegenüber dem Bericht zum Vorjahr haben sich Kapitelnumerierungen (B-X) der Fachabteilungen verschoben.

<b>Liebe Leserinnen, liebe Leser,</b> .....	<b>2</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>3</b>
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses</b> .....	<b>6</b>
A-1 Allgemeine Kontaktdaten der Uniklinik Köln.....	7
Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	8
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses .....	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses .....	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	13
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	13
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V .....	15
A-10 Gesamtfallzahlen.....	16
A-11 Personal des Krankenhauses.....	16
A-12 Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements...	19
A-13 Besondere apparative Ausstattung .....	19
A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	20
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen</b> .....	<b>23</b>
B-1 Klinik I für Innere Medizin - Onkologie, Hämatologie, Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin.....	24
B-2 Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin .....	36
B-3 Klinik III für Innere Medizin - Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin.....	44
B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie.....	51
B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin.....	59
B-6 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie.....	68
B-7 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie .....	75
B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie .....	86
B-9 Zentrum für Neurochirurgie .....	94
B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie.....	105



B-11 Klinik und Poliklinik für Urologie .....	112
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie.....	119
B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	129
B-14 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie .....	137
B-15 Zentrum für Augenheilkunde - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde .....	146
B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie .....	155
B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie .....	166
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters .....	173
B-19 Klinik und Poliklink für Psychosomatik und Psychotherapie .....	182
B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin.....	189
B-21 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie .....	197
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie.....	203
B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie .....	214
B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin.....	225
B-25 Zentrum für Palliativmedizin .....	231
B-26 Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik .....	238
B-27 Transfusionsmedizin.....	244
B-28 Institut für Pharmakologie.....	249
B-29 Institut für Klinische Chemie.....	253
B-30 Institut für Pathologie .....	257
B-31 Institut für Neuropathologie .....	260
B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene.....	263
B-33 Institut für Virologie .....	268
<b>C Qualitätssicherung .....</b>	<b>273</b>
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren) .....	274
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	557
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	557
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	557
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V .....	557
C-6 Strukturqualitätsvereinbarung.....	558



C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V.....	559
<b>D</b>	<b>Qualitätsmanagement .....</b>	<b>560</b>
D-1	Qualitätspolitik .....	561
D-2	Qualitätsziele .....	563
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	564
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	565
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte .....	568
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements .....	571
	<b>Hinweise zur Datengrundlage .....</b>	<b>572</b>
	Datensatz nach § 21 KHEntgG (Stationäre Versorgung).....	572
	Top-Listen zu ICD-Codes .....	572
	Top-Listen zu OPS-Codes.....	572
	Vergleichbarkeit zum Vorjahr.....	573
	Vergleichbarkeit zu anderen Berichten.....	573
	<b>Impressum .....</b>	<b>574</b>
	Verantwortliche für den Qualitätsbericht.....	574

### **Hinweis zur Sortierung der Listenpunkte in Tabellen**

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

Dagegen richtet sich die Reihenfolge der Einträge zu Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) nach der Anzahl, bei gleicher Anzahl nach der ICD- bzw. OPS-Bezeichnung gemäß Alphabet.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

**A**

## **Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses



### A-1

#### Allgemeine Kontaktdaten der Uniklinik Köln

Name	Uniklinik Köln
Straße	Kerpener Str. 62
Hausadresse	50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Telefon	0221 / 478 - 0
Telefax	0221 / 478 - 4095
E-Mail	<b>patientenanfragen@uk-koeln.de</b>
Internet	<b>www.uk-koeln.de</b>
Institutionskennzeichen	260530283
Standortnummer	00 (00 = Dies ist der einzige Standort zu diesem Institutionskennzeichen)

#### Ärztliche Leitung

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

#### Pflegedienstleitung

Name	Vera Lux
Position	Pflegedirektorin (Vorstand)
Telefon	0221 / 478 - 4938
E-Mail	<b>pflegedirektion@uk-koeln.de</b>

#### Verwaltungsleitung

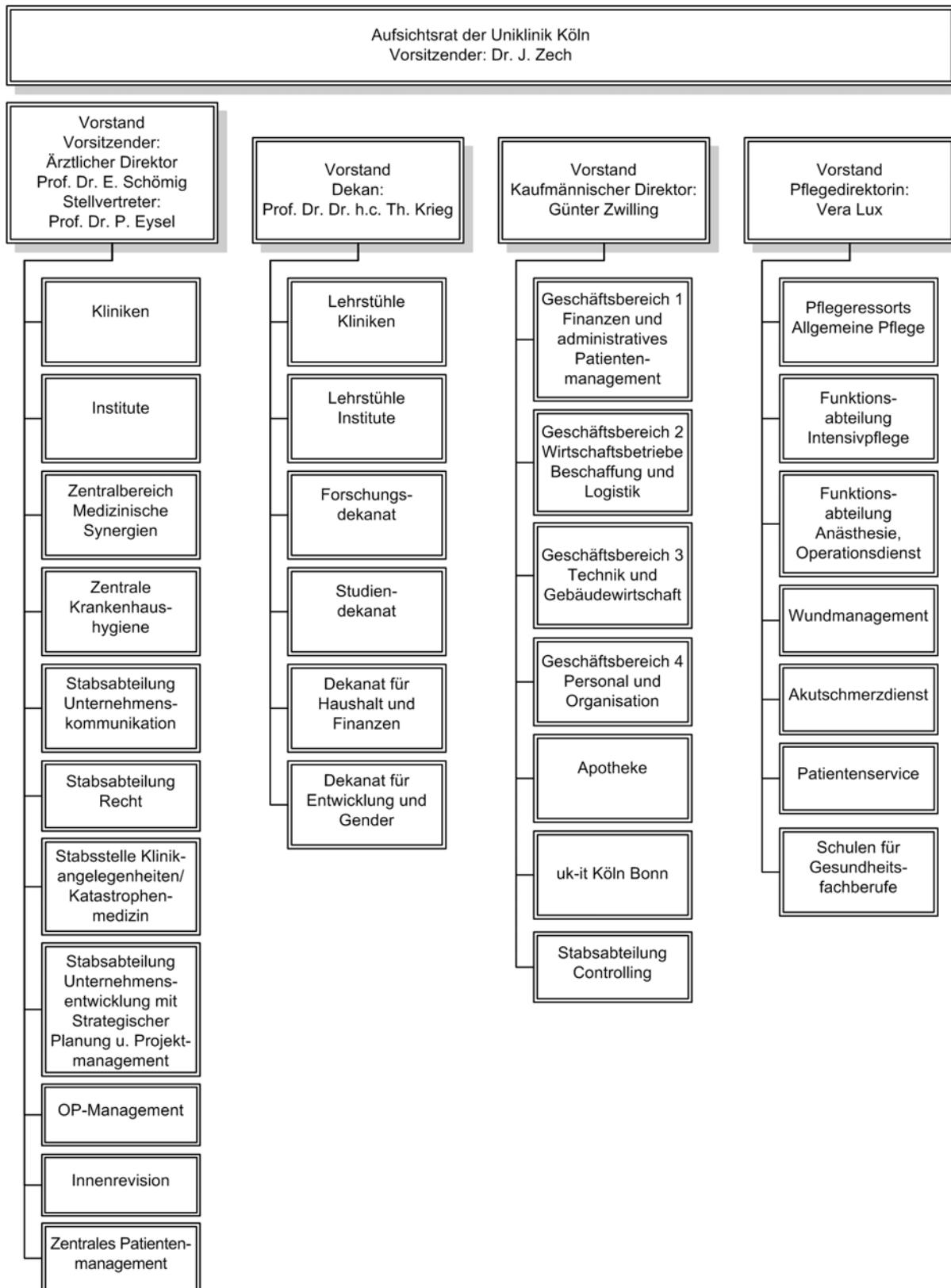
Name	Dipl.-Kfm. Günter Zwilling
Position	Kaufmännischer Direktor (Vorstand)
Telefon	0221 / 478 - 5401
E-Mail	<b>kaufmaennischer-direktor@uk-koeln.de</b>



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### Organisationsstruktur des Krankenhauses





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-2

#### Name und Art des Krankenhausträgers

Träger	Universitätsklinikum Köln - Anstalt des öffentlichen Rechts
Art	öffentlich
Internet	<a href="http://www.uk-koeln.de">www.uk-koeln.de</a>

### A-3

#### Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus	Universitätsklinikum der Universität zu Köln
-----------------	--

### A-4

#### Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.

#### Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Die Berichterstattung hierzu wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgesetzt.

### A-5

#### Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP01	Akupressur
MP02	Akupunktur
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP53	Aromapflege/-therapie
MP54	Asthmaschulung
MP04	Atemgymnastik/-therapie
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik
MP06	Basale Stimulation
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
MP57	Biofeedback-Therapie
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP69	Eigenblutspende
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
MP18	Fußreflexzonenmassage
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP26	Medizinische Fußpflege
MP27	Musiktherapie
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie  UniReha GmbH, Tochtergesellschaft der Uniklinik Köln, bietet Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Sportmedizin, Rehabilitation und Prävention aus einer Hand. Neben stationärer Versorgung und ambulanten Praxen gibt es eine Rehabilitation für Kinder & Jugendliche mit Bewegungsstörungen ("Auf die Beine").
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst
MP61	Redressionstherapie
MP36	Säuglingspflegekurse
MP37	Schmerztherapie/-management
MP38	Sehschule/Orthoptik
MP63	Sozialdienst
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit  z. B. Girls Day - Berufsschnuppertag für Mädchen und Jungen im Alter von 10 bis 15 Jahren
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungslegern und/oder Hebammen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
MP43	Stillberatung
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
MP45	Stomatherapie/-beratung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädiertechnik
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
MP51	Wundmanagement
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen

## A-6

### Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

#### Patientenzimmer

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

#### Ausstattung der Patientenzimmer

Nr.	Serviceangebot
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer  Kosten pro Tag: 0,00 Euro <a href="http://www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z">www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z</a> In den meisten Zimmern ist ein Fernsehgerät vorhanden, das unentgeltlich genutzt werden kann. Steht in Ihrem Patientenzimmer noch kein Fernsehgerät zur Verfügung, können Sie Geräte gegen Gebühr am Kiosk in der Eingangshalle des Bettenhauses (Hauptgebäude) ausleihen.
NM17	Rundfunkempfang am Bett  Kosten pro Tag: 0,00 Euro Auf Anfrage kann ein Hörkissen zum Anschluss an das hauseigene Rundfunksystem kostenfrei bereitgestellt werden.
NM18	Telefon am Bett  Kosten pro Tag: 2,50 Euro Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,00 Euro Kosten pro Minute bei eingehenden Anrufen: 0,00 Euro  In der Tagesgebühr von 2,50 Euro sind pauschal die Kosten für alle Anrufe in das deutsche Festnetz ("Flatrate") enthalten. Ankommende Anrufe sind kostenfrei. Für Anrufe zu mobilen Rufnummern, Sonderrufnummern oder in das Ausland fallen gesonderte Kosten an.
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### Besondere Ausstattung des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot
NM48	Geldautomat
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen  Kosten pro Tag: 8,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 2,00 Euro (maximal) <b>www.uk-koeln.de/patienten-besucher/in-der-uniklinik-von-a-bis-z</b> Parkgebühren: 1. Stunde 2,00 Euro ab der 2. Stunde 1,00 Euro, maximal 8,00 Euro am Tag. Kurzparker (maximal 30 Minuten) parken kostenfrei.
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbud

### Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder

Nr.	Serviceangebot
NM50	Kinderbetreuung
NM63	Schule im Krankenhaus  <b>kinderklinik.uk-koeln.de/eltern-patienten/schule-fuer-kranke/schule-fur-kranke</b> Für Patientinnen und Patienten im Schulalter mit voraussichtlich mindestens vierwöchiger Liegezeit sowie chronisch Kranke mit kürzeren, jedoch wiederholten stationären Aufenthaltten. Johann-Christoph-Winters-Schule, Lindenburger Allee 38, 59031 Köln, Telefon: 0221-478-6833, <b>www.jcw-schule.de</b>

### Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Serviceangebot
NM09	Begleitperson (grundsätzlich möglich)
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)  Vegetarische und vegane Speisen können z. Z. nur als Speisen ohne tierisches Eiweiß angeboten werden, jüdische oder muslimische Kost kann nur im Sinne von Kost ohne Schweinefleisch zubereitet werden. <b>uk-catering.uk-koeln.de</b> Nach Umbau und Neu-Organisation im Frühjahr 2014 sind besondere Ernährungsangebote denkbar.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
NM65	Hotelleistungen
NM67	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Andachtsraum
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen
NM07	Rooming-in
NM42	Seelsorge
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-7

#### Aspekte der Barrierefreiheit

##### Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung

##### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung

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

BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe

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

BF24	Diätetische Angebote
------	----------------------

#### Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF25	Dolmetscherdienst

### A-8

#### Forschung und Lehre des Krankenhauses

##### A-8.1

#### Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL09	Doktorandenbetreuung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien

### Forschungsschwerpunkte

Die Universität hat den Bereich „Lebenswissenschaften“ als einen der zentralen Forschungsschwerpunkte identifiziert. Die Schwerpunktbildung ist Folge einer engen inhaltlichen Interaktion zwischen Arbeitsgruppen aus der mathematisch-naturwissenschaftlichen und der medizinischen Fakultät. Diese auch im Rahmen des Zentrums für molekulare Medizin (ZMMK) strukturell verankerte, fakultätsübergreifende Kooperation war eine wichtige Voraussetzung für die Ansiedlung des Max-Planck-Instituts für Altersforschung und resultierte in der Förderung eines Clusters (Kölner Exzellenzcluster zur zellulären Stressantwort bei Alters-assoziierten Erkrankungen) im Rahmen der Exzellenzinitiative.

Zu den Forschungsschwerpunkten der Medizinischen Fakultät, die sich alle durch mindestens ein Gruppenförderinstrument der DFG auszeichnen, gehören

Ihre Aufgaben sind u. a.:

- Gewebshomöostase, Metabolismus und Degeneration
- Tumor, Infektion und Abwehr
- Neuromodulation

Weitere Forschungsschwerpunkte befinden sich im Aufbau:

- Pathomechanismen des alternden Herzens
- Zelluläre Plastizität
- Gesundheitskompetenz in komplexen Umwelten

Auch durch die Etablierung forschungsbegleitender Strukturen wie dem Zentrum für Klinische Studien, dem ZMMK und dem Köln Fortune-Programm konnte das Drittmittaufkommen der Medizinischen Fakultät innerhalb der letzten beiden Dekaden verdreifacht werden.

### Akademische Ausbildung

Seit dem WS 2003/2004 studieren die auszubildenden zukünftigen Ärztinnen und Ärzte nach einer zumindest in Europa einmaligen Studienstruktur in einem Modellstudiengang: Interdisziplinarität, Wissenschaftlichkeit und früher Patientenkontakt vom Studienbeginn an sowie die Vermittlung patientennaher, ärztlicher Fertigkeiten stehen hier im Zentrum.

Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln bietet zudem die Möglichkeit des Studiums der Zahnheilkunde an. Gemeinsam mit der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät werden im Diplomstudiengang „Gesundheitsökonomie“ Schnittstellenmanager zwischen Medizin und Betriebswirtschaft für den Einsatz im Gesundheitswesen ausgebildet. Zusammen mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät werden der Bachelor und Master „Neurowissenschaften“ angeboten, wie auch mit weiteren Fakultäten der Universität zusammen der englischsprachige „International Master of Environmental Sciences“.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-8.2

#### Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin  Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, 150 bzw. 75 Auszubildende, Kursbeginn zum 01.04. und 01.10., Bewerbung online: <a href="http://www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe">www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</a>
HB02	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin  Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, 150 bzw. 75 Auszubildende, Kursbeginn zum 01.04. und 01.10., Bewerbung online: <a href="http://www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe">www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe</a>
HB04	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin  Ausbildung: Physiotherapeutische Techniken, medizinische Grundlagen, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Pädagogik/Kommunikation und Sozial-, Methoden- und Medienkompetenz, praktische Ausbildung in Zusammenarbeit mit UniReha GmbH, 20 Ausbildungsplätze pro Jahr, Kursbeginn jährlich zum 1. Januar
HB05	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)  Ausbildung in Hämatologie, Histologie/Zytologie, Klinische Chemie, Mikrobiologie und Sozial-, Methoden- und Medienkompetenz, praktische Ausbildung in speziell konzipierten Lehr-Laboratorien und Routineelabors, 20 Ausbildungsplätze pro Jahr, Kursbeginn jährlich zu Beginn des neuen Schuljahres
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)  Ausbildung: Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Strahlenphysik, Dosimetrie, Strahlenschutz und Sozial-, Methoden- und Medienkompetenz, Ausbildung in der Patientenversorgung, 15 Ausbildungsplätze pro Jahr, Kursbeginn jährlich zu Beginn des neuen Schuljahres
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)  Theoretische Ausbildung nach Richtlinie der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit Universitätsklinikum Bonn, praktische Ausbildung in OP- und Funktionsbereichen, 6 Ausbildungsplätze pro Jahr, Kursbeginn jährlich zum 1. September
HB00	Orthoptisten und Orthoptistinnen  Orthoptik, Pleoptik, Augenbewegungsstörungen, Neuroophthalmologie, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Arzneimittellehre, Augenheilkunde, Optik und Brillenlehre, praktische Ausbildung in OP- und Funktionsbereichen, 6 Ausbildungsplätze pro Kurs, nächster Kurs ab 01.09.2014, danach in 1.5 Jahren

### A-9

#### Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

Bettenzahl 1.270

Zusätzliche Betten 55  
in Tageskliniken

Stichtag: 31.12.2012



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### A-10

#### Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	51.557
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	2.599
Ambulante Fälle	236.425

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

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

### A-11

#### Personal des Krankenhauses

##### A-11.1

#### Ärzte

Ärzte	Anzahl
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	887,1
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	447,3
Belegärztinnen/ -ärzte (nach § 121 SGB V)	0
Ärztinnen/ Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	10

Ärztlicher Direktor: 1 VK, Geschäftsbereich 1 - Finanzen und Administratives  
Patientenmanagement: 1,5 VK, Krankenhaushygiene: 2 VK, Controlling: 3 VK, OP-Management: 1 VK, Unternehmensentwicklung: 1 VK, uk-it Köln Bonn: 0,5 VK, Zentralbereich Medizinische Synergien: 1 VK

Alle Angaben in Vollkräften

##### A-11.2

#### Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	1161,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	197,9
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	39
Krankenpflege-helfer/-innen	1 Jahr	1
Hebammen/ Entbindungs pfleger	3 Jahre	17
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre	20

Alle Angaben in Vollkräften außer bei Hebammen/ Entbindungs pfleger (hier nach Personen)

##### A-11.3

#### Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	6,8
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	15,2
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	16,6
SP06	Erzieher und Erzieherin	21,8
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagoge/Gymnastik- und Tanzpädagogin	13,3



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl
SP09	Heilpädagoge und Heilpädagogin	5,6
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	4,4
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	5,7
SP14	Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	14,4
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	10,6
SP02	Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte	112,9
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	41
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistenten und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	212,3
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	88,2
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	1,2
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin/Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	1
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin	2
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/Augenoptiker und Augenoptikerin	19,6
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	7,7
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	1
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	2,8
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	17,3
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	52,9
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	32,8
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	17
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	9,7

Alle Angaben in Vollkräften

## A-11.4

### Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	2
Beide Stelleninhaber sind Facharzt bzw. Fachärztin für Hygiene sowie Facharzt bzw. Fachärztin für Medizinische Mikrobiologie.	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	34
Jede Abteilung verfügt über mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin.	
Fachgesundheits- und Krankenpfleger und Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen für Hygiene und Infektionsprävention – „Hygienefachkräfte“ (HFK)	
Zusätzlich sind in der Abteilung noch zwei Krankenschwestern ohne Fachweiterbildung, ein Ingenieur (technische Hygiene und Baumaßnahmen) und eine Teamassistentin tätig.	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Hygienepersonal	Anzahl
Hygienebeauftragte in der Pflege	84
Eigener, einwöchiger Fortbildungskurs ist am Klinikum etabliert und wird halbjährlich durchgeführt.	

Alle Angaben nach Personen

### Hygienekommission

Vorsitzende/Vorsitzender:

Ärztlicher Direktor Univ.-Prof. Dr. med. E. Schömig

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

### Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Köln

Infektionen, die im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt auftreten, sowie das Vorkommen von Infektionserregern mit besonders ausgeprägter Unempfindlichkeit gegenüber Antibiotika, stellen die Krankenhäuser vor zunehmende Probleme, denen letztlich nur mit angemessenen, krankenhaushygienischen Maßnahmen begegnet werden kann.

Seit gut 20 Jahren besteht am Universitätsklinikum Köln der Bereich Zentrale Krankenhaushygiene, der für die Einführung und Überwachung angemessener Maßnahmen zur Infektionsvermeidung zuständig ist.

Er ist aktuell mit zwei Fachärzten (Ärzte für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie) und acht Hygienefachschauswestern bzw. -pflegern besetzt. Für die Durchführung der notwendigen mikrobiologischen Untersuchungen stehen zudem noch zwei Krankenschwestern und das am Institut für Medizinische Mikrobiologie angesiedelte Hygienelabor zur Verfügung.

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 (oder 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 in Berlin zur Verfügung gestellt.

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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.

Auch bei der Planung und Umsetzung von Baumaßnahmen sowie bei der hygienischen Absicherung von Baustellen ist die Krankenhaushygiene eingebunden, um ein optimales hygienisches Ergebnis zu erzielen.

### A-12

#### Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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	<a href="mailto:thomas.gross@uk-koeln.de">thomas.gross@uk-koeln.de</a>
Arbeitsschwerpunkte	Zertifizierungen (ISO), externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, Risikomanagement, Beschwerdemanagement, Ideenwettbewerb, CIRS = Critical Incident Reporting System, elektronische Dokumentenlenkung

### A-13

#### Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja
	Biplaner Herzkathetermessplatz mit Angiographiegerät		
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	ja
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
	DVT (Digitales Volumen Tomographiegerät) für den Kopf-Bereich in der Mund-, Kiefer- und Plastischen Gesichtschirurgie		
	Integriertes PET/CT (Biograph 1b true Point) in der Nuklearmedizin		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	ja
	Amplituden-integriertes EEG		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		ja



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h <sup>1</sup>
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		ja
AA18	Hochfrequenzthermatherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	ja
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	-
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	-
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	-
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph		ja
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	-
	Gammakamera (Darstellung von Krankheitsherden mittels radioaktiver Arzneimittel)		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	-
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (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/Urodynamische Messplatz	Harnflussmessung	-

<sup>1</sup> = 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**

## Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden
Das Abgeben anonymer Beschwerden ist möglich (z. B. über ein Internet-Formular), diese werden - soweit bei Fehlen genauerer Daten sinnvoll und möglich - ebenfalls bearbeitet.	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement
BM03	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden</p> <p>Der Umgang mit mündlichen Beschwerden (Gesprächsführung bei Telefonaten, persönlichen Gesprächen, Besuchen am Krankenbett) ist in der Verfahrensanweisung und in deren Anlagen für alle Klinikmitarbeiter geregelt. Das gilt auch für das Weiterleiten mündlicher Beschwerden an das Beschwerdemanagement.</p>
BM04	<p>Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden</p> <p>Auch der Umgang mit schriftlichen Beschwerden (mündlicher oder schriftlicher Zwischenbescheid, mündliche oder schriftliche abschließende Antwort) sowie das Formulieren schriftlicher Antworten ist geregelt.</p>
BM05	<p>Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert</p> <p>Zeitziele sind in der Verfahrensanweisung schriftlich definiert (Zwischenbescheid spätestens nach 2 Tagen, abschließende schriftliche Antwort spätestens nach 4 Wochen).</p>
BM06	<p>Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt</p> <p>Es sind zwei Ansprechpartner (Klaus Botzenhardt, Peter Arborst) auf der Internet- und Intranetseite des Beschwerdemanagements benannt. Deren Verantwortlichkeiten sind in der Verfahrensanweisung geregelt.</p> <p>Dipl.-Psychologe Klaus Botzenhardt Beschwerdemanagement Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 - 3501 Telefax: 0221 / 478 - 3140 E-Mail: <a href="mailto:beschwerdemanagement@uk-koeln.de">beschwerdemanagement@uk-koeln.de</a></p> <p>Dipl.-Ing. Peter Arborst Beschwerdemanagement Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 - 7379 Telefax: 0221 / 478 - 3140 E-Mail: <a href="mailto:beschwerdemanagement@uk-koeln.de">beschwerdemanagement@uk-koeln.de</a></p>
BM07	<p>Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt</p> <p>Christine Koos Telefon: 0221 / 478 - 5529 Maria Schidlowski</p> <p>Die Patientenfürsprecherin ist mittwochs von 10 bis 12 Uhr im Konferenzraum der ev. Seelsorge, Bettenhaus, Ebene 1 oder unter Telefon 0221-478-5529 zu erreichen. Der Kontakt kann auch über Pflegekräfte oder den Infoschalter in der Eingangshalle des Bettenhauses vermittelt werden. Briefkästen für Mitteilungen sind in der Eingangshalle des Bettenhauses und in der Klinik und Poliklinik für Neurologie. Die Patientenfürsprecherin berichtet einmal jährlich dem Vorstand in einer besonderen Sitzung.</p>
BM02	<p>Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)</p> <p>Die einzelnen Schritte bei der Beschwerdebearbeitung sind in einer Verfahrensanweisung detailliert schriftlich festgelegt. Die Verfahrensanweisung geht bei der Beschreibung des Ablaufes u. a. ein auf Beschwerdestimulation, Beschwerdewege, Information der betroffenen und verantwortlichen Mitarbeiter, Zwischenbescheid, Korrekturmaßnahmen, Antwort an den Beschwerdeführer, Auswertung und Bericht an den Vorstand.</p>



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt  Ein strukturiertes zentrales Beschwerdemanagement wurde in 2004 eingeführt. Ansprechpartner für Stellungnahmen und Informationen sind die jeweiligen Führungskräfte oder Mitarbeiter, an die diese Aufgabe delegiert worden ist.
BM09	Patientenbefragungen  Patientenbefragungen werden einmal pro Jahr in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut durchgeführt: Ca. 5.000 stationäre Patienten werden 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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

**B**

## **Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen**



**B-1**

**Klinik I für Innere Medizin**

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



Univ.-Prof. Dr. med. Michael Hallek

**B-1.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

**Klinik I für Innere Medizin**

**- Onkologie, Hämatologie, Infektiologie, Klinische Immunologie,**

**Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin**

**Klinikdirektor**      Univ.-Prof. Dr. med. Michael Hallek

**Straße**                Kerpener Str. 62

**Hausadresse**        50937 Köln

**Postadresse**        50924 Köln

**Telefon**              0221 / 478 - 4400

**Telefax**              0221 / 478 - 5455

**E-Mail**                [michael.hallek@uk-koeln.de](mailto:michael.hallek@uk-koeln.de)

**Internet**            [innere1.uk-koeln.de](http://innere1.uk-koeln.de)

**§-301-Schlüssel**    Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie (0105)

**Art**                   Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Kurzportrait

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

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

## B-1.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis  Unsere Klinik hat eine hohe Kompetenz bei der Behandlung der Blutvergiftung und Sepsis. Diese Kompetenz ist für zahlreiche Patienten mit onkologischen, hämatologischen, infektiologischen und immunologischen Erkrankungen, auch im Rahmen intensivmedizinischer Behandlungen, von Bedeutung.
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation  Autologe Stammzelltransplantationen: Patienten werden eigene, kryokonservierte Stammzellen transplantiert. Allogene Stammzell- u. Knochenmarktransplantationen: Patienten werden nach Chemotherapie Stammzellen eines gesunden (bevorzugt verwandten) Spenders transplantiert. Eigenes Stammzell-Labor
VI00	Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)  Im CIO - Centrum für Integrierte Onkologie ( <a href="http://www.cio-koeln.de">www.cio-koeln.de</a> ) - behandelt ein fachübergreifendes Expertenteam Patienten mit Tumorerkrankungen nach dem aktuellsten Stand der Forschung, besonderes Anliegen ist die umfassende Betreuung während des gesamten Behandlungsablaufs mit Patientenbegleitern.
VI00	CLL-Sprechstunde  Spezielsprechstunde für Patienten mit chronisch-lymphatischer Leukämie (CLL), hämatonkologische Diagnostik, Bluttransfusionen, Chemotherapien, ausführliche, individuelle Beratung, psycho-onkologische Betreuung, Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen  Diagnostik u. Therapie v. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis u. Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen u. Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen  Diagnostik u. Therapie bei Patienten m. hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B u. Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung b. operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) f. Gerinnungs-Notfalldiagnostik



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen  Zytomorphologische Begutachtung von Blut- und Knochenmarkausstrichen sowie Punktionsmaterialien, Immunphänotypisierung von Leukämien und Lymphomen, molekulargenetische Analysen klonaler Marker bei der AML, ALL und CML, Forschungsschwerpunkt u. a. Minimale Resterkrankung bei Leukämien (MRD)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten  Diagnostik u. Therapie von infektiologischen Krankheitsbildern, auch immunologischen Erkrankungen, Krebserkrankungen, Mukosviszidose, Tropenkrankheiten sowie Behandlung von HIV-Patienten, infektiologisches Monitoring immunsupprimierter Patienten, intensive Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Köln
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen  Neben Diagnostik insbes. auch Chemotherapien z. B. bei akuten u. chronischen Leukämien, myelo-dysplastischen Syndromen, malignen Lymphomen, Plasmozytomen, soliden Tumoren wie z. B. Bronchial-Karzinomen, Colorektalen Karzinomen o. Sarkomen, innovative Therapieoptionen (z. B. Antikörper-Therapie)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen  Diagnostik u. Therapie v. Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis u. Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen u. Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika
VI00	Gerinnungsambulanz  Diagnostik u. Therapie bei Patienten m. hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B u. Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung b. operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) f. Gerinnungs-Notfalldiagnostik
VI00	Hämapherese  Die Hämapherese dient der Sammlung o. Entfernung v. verschiedenen Blutzellen o. des Blutplasmas, ähnlich wie die Dialyse wasserlösliche Substanzen aus dem Blut entfernt: Stammzellapherese (zur Transplantation), Leukapherese, Thrombozytenapherese, Erythrozytenapherese, Plasmaaustausch, Photopherese
VI20	Intensivmedizin  Überwachung und Therapie in kritischen medizinischen Situationen bei internistischen Grunderkrankungen zur Sicherung von Kreislauf und Atmung, Stabilisierung und Mobilisation, zusätzlich auch Durchführung von Chemotherapien unter besonderen Voraussetzungen
VI00	Klinisches Studienzentrum  Einsatz der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die optimale Patientenversorgung, kontrollierte Therapiestudien zur Weiterentwicklung in der Hämatologie/Onkologie, zusätzliche Betreuung durch Studienspezialisten
VI37	Onkologische Tagesklinik  Hämato-onkologische Diagnostik inkl. Immunphänotypisierung (FACS), molekulargenetische Untersuchungen, ambulante Chemotherapien, Bluttransfusionen, Zellseparationsverfahren (Hämapherese inkl. Stammzellapherese), enge Vernetzung mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)
VI00	Psychoonkologie  Krebspatienten und ihren Angehörigen steht im Haus LebensWert ein breit gefächertes psychoonkologisches Angebot zur Verfügung. Ein Team aus Psychotherapeuten, Bewegungs-, Kunst-, Musiktherapeuten u. Sozialarbeitern hilft sich mit den entstehenden Ängsten und Sorgen auseinanderzusetzen.
VI27	Spezialprechstunde



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI00	Sportonkologie  Professionelle Sporttherapie während des stationären Aufenthalts unter Aufsicht eines Sportwissenschaftlers, durch körperliche Aktivität soll die Lebensqualität gesteigert u. die Erholungsphase nach Therapien verkürzt werden, entwickelt in Kooperation mit der Deutschen Sporthochschule Köln
VI45	Stammzelltransplantation

## LebensWert

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

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

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

## B-1.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

## B-1.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.657
Teilstationäre Fallzahl	348
Anzahl Betten	87
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	7

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

## B-1.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	373
2	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	299
3	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	231



# UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
4	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	214
5	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	170
6	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	107
7	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	71
8	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	62
9	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	61
10	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	51
11	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht - Peripherie bzw. kutane T-Zell-Lymphome	42
12	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	36
13	C16	Magenkrebs	34
14	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	26
15	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	25
16	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	24
17	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	24
18	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	23
19	D57	Sichelzellenkrankheit	21
20	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	19
21	N17	Akutes Nierenversagen	18
22	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	18
23	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	17
24	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	16
25	C40	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel der Gliedmaßen	16
26	D46	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung - Myelodysplastisches Syndrom	15
27	C15	Speiseröhrenkrebs	15
28	R50	Fieber unbekannter Ursache	14
29	C47	Krebs der Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark bzw. des unwillkürlichen Nervensystems	13
30	D47	Sonstige Tumorkrankheit des lymphatischen, blutbildenden bzw. verwandten Gewebes ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	13



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-1.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.415
2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	987
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	884
4	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	774
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	774
6	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	574
7	8-824	Bestrahlung des Blutes mit UV-Licht zur Behandlung bestimmter Tumoren - Photopherese	563
8	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	538
9	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	467
10	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	344
11	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	322
12	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	279
13	5-410	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation	231
14	8-805	Übertragung (Transfusion) von aus dem Blut eines Spenders gewonnener Blutstammzellen	222
15	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	201
16	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	132
17	8-541	Einräufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	121
18	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	115
19	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	99
20	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	89
21	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	71
22	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	70
23	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	62
24	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	62
25	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	38
26	1-941	Umfassende Untersuchung von Blutkrebs	37



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	29
28	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	29
29	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	27
30	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	22

## B-1.7

### Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### CLL-Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V  
Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

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

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

#### Gerinnungsambulanz (Hämostaseologie)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V  
Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Hämapherese

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V  
Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

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

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

## Hämatologisch-onkologische Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V  
Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

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

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

## Immunologische Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V  
Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
Anlage Nr. Angebotene Leistung (nach § 116b SGB V)	
Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder)

## Infektionsambulanz

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

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI27	Spezialsprechstunde
Anlage Nr. Angebotene Leistung (nach § 116b SGB V)	
Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS

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

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-1 Klinik I für Innere Medizin  
- Onkologie, Hämatologie, 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
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde

## Transplantationsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

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

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

## Tumorambulanz des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-1.8

### Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-1.9

### Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-1.10

### Personelle Ausstattung

#### B-1.10.1

#### Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	91,8	0,03455
Davon Fachärztinnen/-ärzte	39,2	0,01475

Alle Angaben in Vollkräften

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ05	Biochemie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF11	Hämostaseologie
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

#### B-1.10.2

#### Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	136,2	0,05126
Krankenpflegehelfer/-innen	1 Jahr	1	0,00038
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	8	0,00301

Alle Angaben in Vollkräften



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Pflegerische Fachexpertisen – Anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Onkologische Pflege

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP17	Case Management
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistentz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

### B-1.10.3

## Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP23	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1	0,00038
SP24	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	12	0,00452

Alle Angaben in Vollkräften



**B-2**

**Klinik II für Innere Medizin**

**- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin**



Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Benzing

**B-2.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Klinik II für Innere Medizin

- Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Name

Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Benzing

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4480

Telefax 0221 / 478 - 5959

E-Mail **thomas.benzing@uk-koeln.de**

Internet **nephrologie.uk-koeln.de**

§-301-Schlüssel Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie (0104)

Art Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Kurzportrait

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

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

## B-2.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC61	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: 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.	Versorgungsschwerpunkte
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI00	CAPD-Ambulanz
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (Diabetes, Schilddrüse, ...)
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen  Ambulanz für Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Zusammenarbeit m. niedergelassenen Kollegen u. der stationären Versorgung, ausführliche, zeitnahe nephrologische Diagnostik, individuelle Beratung, Therapie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, Möglichkeit z. Einholung einer Zweitmeinung
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen  Ambulante und stationäre Betreuung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen und systemisch-entzündlichen Krankheiten sowie erworbenen und angeborenen Immundefekten, neue Therapiemöglichkeiten (Biologika), interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI00	Durchführung aller Dialyse- und Aphereseverfahren  Dialyse-Abteilung (24 Stunden) m. 14 Plätzen: sämtliche Dialyse- und Aphereseverfahren ambulant und stationär: Hämodiafiltration, Lipidapherese, Rheopherese, Plasmapherese, Immunadsorption, Photophorese, separate Isolierzimmer für infektiöse Erkrankungen, ambulante 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.	Versorgungsschwerpunkte
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU15	Dialyse
VU16	Nierentransplantation  Vorbereitung, und Nachsorge: Nieren- u. Nierenpankreastransplantation, Blutgruppenungleiche Nierenlebendspende bei Kindern u. Erwachsenen, Transplantation bei immunisierten Patienten, Desensibilisierungsprotokolle bei spenderspezifischen Antikörpern oder positivem Crossmatch, Überkreuzlebendspende
VU14	Spezialsprechstunde  Morbus Fabry (Fabry-Anderson-Krankheit): erblich bedingte lysosomale Speicherkrankheit, schwere Funktionsschädigungen an Haut, Augen, Herz, Nieren, Nervensystem. Umfassende Untersuchungen der Organe und bestmögliche Betreuung im Fabry-Kompetenzzentrum durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

## B-2.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

## **B-2.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2.055
Teilstationäre Fallzahl	200
Anzahl Betten	44
Zusätzliche Dialyseplätze	14

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

## **B-2.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N17	Akutes Nierenversagen	95
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	77
3	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	67
4	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	66
5	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	63
6	I50	Herzschwäche	57
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	57
8	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	55
9	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	52
10	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	42
11	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	37
12	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	36
13	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	35
14	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	34
15	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	32
16	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	31
17	S01	Offene Wunde des Kopfes	29
18	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	29



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	28
20	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	25
21	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	25
22	I80	Verschluss einer Vene durch ein BlutgerinnSEL (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	25
23	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	23
24	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	22
25	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	22
26	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	20
27	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	19
28	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	19
29	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	19
30	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein BlutgerinnSEL - Lungenembolie	17

## B-2.6 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	5.676
2	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	2.773
3	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	488
4	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	143
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	75
6	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	62
7	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	51
8	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	50
9	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	48
10	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	39
11	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	34
12	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet - Peritonealdialyse	32
13	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	29
14	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	29
15	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	27



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	27
17	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	26
18	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	24
19	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	23
20	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	23
21	8-984	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)	21
22	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	20
23	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	17
24	1-797	Umfassende Untersuchung der Hormonfunktionen	13
25	1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z.B. Zucker) verabreicht werden	13
26	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	12
27	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hintersatz	11
28	1-920	Medizinische Bewertung und Entscheidung über die Durchführung einer Verpflanzung (Transplantation) von Gewebe bzw. Organen	9
29	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	8
30	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	7

## B-2.7

### Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### CAPD-Ambulanz

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

#### Nieren- und Hochdruckambulanz

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

#### Privatambulanz

Privatambulanz



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Rheumatologische Ambulanz

Bestimmung zur ambulanten Behandlung 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 Glomerulonephritiden

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

## Spezialambulanz für Zystennieren und hereditäre Nierenerkrankungen

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

## Transplantationsambulanz

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

## Zentrale Notaufnahme

Notfallambulanz (24h)

## B-2.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-2.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-2.10 Personelle Ausstattung

### B-2.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	30,4	0,01479
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	10,4	0,00506

Alle Angaben in Vollkräften

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin und Allgemeinmedizin
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie
AQ29	Innere Medizin und SP Nephrologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-2.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	63,7	0,03100
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	2	0,00097

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ11	Nephrologische Pflege

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP17	Case Management
ZP08	Kinästhetik
ZP11	Notaufnahme
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

### B-2.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



B-3

Klinik III für Innere Medizin

- Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Erland Erdmann



Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus

B-3.1

## **Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Klinik III für Innere Medizin

- Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin

Name Intensivmedizin

Klinikdirektor  
(bis 30.09.2012) Univ.-Prof. Dr. med. Erland Erdmann

Klinikdirektor  
(ab 01.10.2012) Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 32511

Telefax 0221 / 478 - 32512

E-Mail [stephan.baldus@uk-koeln.de](mailto:stephan.baldus@uk-koeln.de)

Internet [www.uniklinik-herzzentrum.de/kardiologie](http://www.uniklinik-herzzentrum.de/kardiologie)

§-301-Schlüssel Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie (0103)

## Art Hauptabteilung

Univ.-Prof. Dr. med. Erland Erdmann ist zum 30.09.2012 emeritiert. Die Leitung wurde am 01.10.2012 von Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus übernommen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Kurzportrait

### Leistungsbereiche

#### Akutversorgung

Intensivstation/Intermediate-care-Station

Drei Herzkathetermessplätze rund um die Uhr

#### Allgemeinversorgung

Invasive und nichtinvasive kardiologische Diagnostik und Therapie auf Spitzenniveau

Interventionelle Rhythmologie

Interventionelle Pneumologie

#### Spezialambulanzen

Herzinsuffizienz und Herztransplantation

Pulmonale Hypertonie

Komplexe Rhythmologie

Angeborene Herzfehler

Interventionelle Pneumologie

#### Innovationen

Grundlagenforschung

Klinische Forschung

Versorgungsforschung

#### Qualitätssicherung

Leitlinienentwicklung

Netzwerkmanagement

## B-3.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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 Lymphgefäß und der Lymphknoten
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI34	Elektrophysiologie
VI35	Endoskopie
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde

### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR33	Strahlentherapie: Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern

## **B-3.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

### **Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-3.4

### Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3.809
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	77

## B-3.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	996
2	I21	Akuter Herzinfarkt	479
3	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	290
4	I50	Herzschwäche	253
5	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	145
6	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	142
7	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	120
8	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	94
9	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	91
10	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	84
11	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	82
12	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	75
13	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	70
14	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	66
15	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	52
16	G47	Schlafstörung	44
17	I40	Akute Herzmuskelentzündung - Myokarditis	39
18	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	38
19	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	37
20	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock	35
21	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	33
22	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	32
23	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	23
24	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	22
25	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	18
26	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	17



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
27	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	16
28	D86	Krankheit des Bindegewebes mit Knötchenbildung - Sarkoidose	15
29	J22	Akute Entzündung der unteren Atemwege, vom Arzt nicht näher bezeichnet	9
30	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	9

## B-3.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	2.852
2	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	2.176
3	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2.152
4	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	1.584
5	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	1.343
6	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.291
7	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	1.176
8	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.116
9	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	945
10	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	696
11	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	530
12	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	423
13	3-05e	Ultraschall der Blutgefäße durch Einführen eines Ultraschallgerätes in die Gefäße	257
14	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	214
15	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	206
16	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	205
17	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	190
18	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	178
19	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	169
20	1-714	Messung der Reaktion der Atemwege auf einen Reiz	150
21	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	140



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	130
23	8-642	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen eingepflanzten Herzschrittmacher	116
24	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU	113
25	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	109
26	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	104
27	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	102
28	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel	93
29	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	91
30	5-35a	Operation an Herzkappen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	86

## B-3.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Privatambulanz

Privatambulanz

### Spezialambulanz für Herzinsuffizienz

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

### Spezialambulanz für pulmonale Hypertonie

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

## B-3.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-3.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-3.10 Personelle Ausstattung

### B-3.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	38,8	0,01019
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	19,5	0,00512

Alle Angaben in Vollkräften



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

### B-3.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	61,1	0,01604
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	3	0,00079

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

### B-3.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-4**

**Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser

**B-4.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser

Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4470  
Telefax 0221 / 478 - 6758

E-Mail [tobias.goeser@uk-koeln.de](mailto:tobias.goeser@uk-koeln.de)  
Internet [gastroenterologie-hepatologie.uk-koeln.de](http://gastroenterologie-hepatologie.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie (0107)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

## Kurzportrait

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

### Akute und chronische Leber- und Gallenwegserkrankungen

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

Funktionsstörungen des Magen-Darm-Trakts

Akut infektiöse und chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Akute und chronische Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Endoskopische Diagnostik und Tumortherapie

### Diagnostische Endoskopie

Oesophagogastroduodenoskopie (ÖGD), endoskopische retrograde Cholangio-pancreatographie (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

Diagnostische und therapeutische Sonographie

### Funktionsdiagnostik

PH-Metrie, Manometrie, H<sub>2</sub>-Atemtest

### Lebererkrankungen

Vorbereitung und Nachsorge zur Lebertransplantation

### Diagnostik und endoskopische Therapie von Tumoren

Interventionelle und Chemotherapie gastrointestinaler Tumoren

## B-4.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel

## B-4.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

## B-4.4

### Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.063
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	28

## B-4.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	152
2	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	71
3	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	59
4	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	53
5	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	45
6	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	44
7	K80	Gallensteinleiden	34
8	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	27
9	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	25
10	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	25
11	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	24
12	K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	23
13	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	21
14	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	20
15	B18	Anhaltende Leberentzündung, ausgelöst durch Viren - chronische Virushepatitis	20
16	K76	Sonstige Krankheit der Leber	18
17	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	18
18	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	17
19	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	14
20	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	13
21	K63	Sonstige Krankheit des Darms	13
22	K26	Zwölffingerdarmgeschwür	13
23	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms - Morbus Crohn	12
24	I85	Krampfadern der Speiseröhre	12
25	K65	Bauchfellentzündung - Peritonitis	11
26	K72	Leberversagen	11
27	K25	Magengeschwür	10
28	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	9



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	8
30	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	8

### B-4.6

### 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	1.447
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	527
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	488
4	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	386
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	218
6	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	185
7	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	170
8	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	160
9	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	152
10	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	149
11	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	147
12	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	138
13	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	136
14	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	131
15	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	128
16	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	112
17	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	104
18	1-441	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallenwegen bzw. der Bauchspeicheldrüse mit einer Nadel durch die Haut	102
19	3-053	Ultraschall des Magens mit Zugang über die Speiseröhre	80
20	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallenwegen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	73
21	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	66
22	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	61



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
23	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	54
24	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	43
25	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	39
26	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	38
27	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	38
28	1-551	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber durch operativen Einschnitt	37
29	3-051	Ultraschall der Speiseröhre mit Zugang über den Mund	36
30	1-652	Untersuchung des Darmes durch eine Spiegelung über einen künstlichen Darmausgang	24

## B-4.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Ambulante Endoskopie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V  
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)  
Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

### Crohn/Colitissprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

### Hepatitisambulanz

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

### Lebertransplantationsambulanz

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

### Privatambulanz

Privatambulanz

### Tumorsprechstunde

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

## B-4.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	750
2	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	729



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	159
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	58
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	29
6	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	7
7	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	< 4
8	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
9	1-641	Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
10	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
11	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4

## B-4.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-4.10 Personelle Ausstattung

### B-4.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	16,9	0,0159
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	8,9	0,00837

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-4 Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

## B-4.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	17	0,01599
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	3	0,00282

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

## B-4.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-5**

**Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin**



Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

**B-5.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4359  
Telefax 0221 / 478 - 4635

E-Mail [joerg.doetsch@uk-koeln.de](mailto:joerg.doetsch@uk-koeln.de)  
Internet [kinderklinik.uk-koeln.de](http://kinderklinik.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel Pädiatrie (1000)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

## Kurzportrait

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

## Schwerpunkte

### Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

**Leiter: Prof. Dr. med. B. Roth**

Intensivmedizinische Betreuung von Risiko-, Früh- und Neugeborenen

### Neuropädiatrie und Sozialpädiatrisches Zentrum

**Leiter: OA Dr. med. P. Herkenrath**

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

### Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie, Rheumatologie und Stoffwechselstörungen

**Leiter: Prof. Dr. med. E. Schönaus**

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

### Pädiatrische Nephrologie und Immunologie

**Leiter: Prof. Dr. med. D. V. Michalk (bis 31.03.2010),**

**Prof. Dr. med. J. Dötsch (ab 01.04.2010),**

**Prof. Dr. B. Hoppe**

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

### Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

**Leiter: Prof. Dr. med. F. Berthold**

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

### Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose

**Leiter: OA Dr. med. E. Rietschel**

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

## B-5.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK30	Immunologie
VK32	Kindertraumatologie
VK00	Kopfschmerz-Sprechstunde
VK33	Mukoviszidosezentrum
VK00	Neonatales Hörscreening (TOAE, BERA)
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK25	Neugeborenenscreening (TMS)
VK34	Neuropädiatrie
VK00	Osteogenesis imperfecta
VK28	Pädiatrische Psychologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum
VK29	Spezialsprechstunde
VK00	Versorgung von extrem unreifen Frühgeborenen
VK23	Versorgung von Mehrlingen

## B-5.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-5.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.678
Teilstationäre Fallzahl	830
Anzahl Betten	102

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

## B-5.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	402
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	322
3	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	227
4	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	168
5	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	150
6	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim - Mukoviszidose	149
7	J20	Akute Bronchitis	145
8	R56	Krämpfe	124
9	A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	83
10	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	73
11	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	65
12	C71	Gehirnkrebs	64
13	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	55
14	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	54
15	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	54



# UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
16	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	53
17	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpfanzung von Gewebe im Körperinneren	51
18	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	50
19	N04	Langsam entwickelnde Nierenkrankheit, entzündlich oder nicht entzündlich	47
20	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	46
21	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege - Bronchiolitis	44
22	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	42
23	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	40
24	C74	Nebennierenkrebs	39
25	R63	Beschwerden, die die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme betreffen	38
26	C40	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel der Gliedmaßen	38
27	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	36
28	J03	Akute Mandelentzündung	34
29	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	31
30	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	30

## B-5.6

### 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	1.137
2	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	771
3	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	428
4	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	313
5	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	299
6	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	295
7	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	292
8	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	245
9	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	237
10	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefäß - Dialyse	231
11	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	184
12	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	184



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
13	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	182
14	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	170
15	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	115
16	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	109
17	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	93
18	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	84
19	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	82
20	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	81
21	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	71
22	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	65
23	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	53
24	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen - Hämofiltration	53
25	8-712	Künstliche Beatmung bei Kindern und Jugendlichen	45
26	1-943	Umfassende Untersuchung bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	43
27	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	39
28	1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	39
29	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	35
30	9-201	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen	32

## B-5.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Allergologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

### Diabetes

Ambulanz im Rahmen von DMP

### Endokrinologie, Osteologie und Stoffwechsel

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

## HIV-Ambulanz Pädiatrie

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

## Kinderonkologie und -hämatologie

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

## Mukoviszidose-Zentrum

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

## Nephrologie

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

Ambulante Dialyse in Kooperation mit dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation

## Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

## Pneumologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

## Rheumatologische Ambulanz

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

## Sozialpädiatrisches Zentrum/Neuropädiatrie

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

## B-5.8

## Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-5.9

## Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

## B-5.10 Personelle Ausstattung

### B-5.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	73	0,0156
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	45	0,00962

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-5.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	121,7	0,02602
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	2 Jahre	2	0,00043

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PG07	Onkologische Pflege
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-5 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-5.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP23	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	3	0,00064
SP24	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	3	0,00064

Alle Angaben in Vollkräften



**B-6**

**Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier

**B-6.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier

Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 32514  
Telefax 0221 / 478 - 32515

E-Mail [konrad.brockmeier@uk-koeln.de](mailto:konrad.brockmeier@uk-koeln.de)  
Internet [www.uniklinik-herzzentrum.de/kinderkardiologie](http://www.uniklinik-herzzentrum.de/kinderkardiologie)

§-301-Schlüssel Kinderkardiologie (1100)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## Kurzportrait

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

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

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

Besondere Stärken der Kinderkardiologie des Herzzentrums der Universität Köln sind:

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

Patientengeschwister sind auf der Kinderstation herzlich willkommen!



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-6 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie

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

## B-6.2 Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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



## B-6.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

## B-6.4

### Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	424
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	12

#### Diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Herzkatheter-Labor

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

Angiographien	469
Interventionen	173
EPU/Ablationen	85
Behandlung von Frühgeborenen, Neugeborenen u. Säuglingen	72

(Fallzahlen aus 2011)

## B-6.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	66
2	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	37
3	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	35
4	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	35
5	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	24
6	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	22
7	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	14
8	T82 *	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen *	10
9	I45	Sonstige Störung der Erregungsleitung des Herzens	10
10	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	10

\* = Zu T82: Hierunter fallen z. B. Schrittmacherwechsel bei Laufzeitende der Batterie oder Klappenendokarditis bei mechanischer Klappe.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-6 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie

## B-6.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel	146
2	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	65
3	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	53
4	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	44
5	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	44
6	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung - Kardiales Mapping	39
7	8-838	Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	38
8	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU	36
9	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	32
10	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	28

## B-6.7

### Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Poliklinik der Kinderkardiologie:

Insgesamt mehr als 5000 Untersuchungen pro Jahr

#### Ambulanz für Herzrhythmusstörungen im Kindes- und Jugendalter

Bestimmung zur ambulanten Behandlung 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

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

#### Ambulanz für onkologische Patienten

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-6 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie

### Pränatalsprechstunde

#### zusammen mit den Gynäkologen der Universitätsklinik Köln

Bestimmung zur ambulanten Behandlung 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

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

### Sprechstunde für angeborene Herzfehler

Bestimmung zur ambulanten Behandlung 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

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

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

## B-6.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-6.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-6.10 Personelle Ausstattung

### B-6.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	9,2	0,0217
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	5,7	0,01344

Alle Angaben in Vollkräften



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-6 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
5 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderkardiologie, 3 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Kinderintensivmedizin	

## B-6.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	16,1	0,03797
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	0,1	0,00024

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

## B-6.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP24	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	1	0,00236

Alle Angaben in Vollkräften



**B-7**

**Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Arnulf Hölscher

**B-7.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name                    Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

Klinikdirektor        Univ.-Prof. Dr. med. Arnulf Hölscher

Straße                Kerpener Str. 62

Hausadresse         50937 Köln

Postadresse         50924 Köln

Telefon               0221 / 478 - 4801

Telefax               0221 / 478 - 4843

E-Mail                [arnulf.hoelscher@uk-koeln.de](mailto:arnulf.hoelscher@uk-koeln.de)

Internet              [ukk-chirurgie-koeln.de](http://ukk-chirurgie-koeln.de)

§-301-Schlüssel    Allgemeine Chirurgie (1500)

Art                    Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Kurzportrait

### Viszeralchirurgie

Die Allgemein- und Viszeralchirurgie repräsentiert mit 60% der Operationen den größten Teil der Klinik und Poliklinik für Viszeral- und Gefäßchirurgie. Zum methodischen Spektrum der Viszeralchirurgie gehören nebeneinander sowohl die offene als auch die minimal invasive Chirurgie. Die Entscheidung über das jeweilige Verfahren orientiert sich allein an den zu erwartenden Vorteilen für den Patienten.

### Ösophaguschirurgie

- bei Tumoren der Speiseröhre oder des gastroösophagealen Übergangs unter Einbeziehung von neoadjuvanten Therapiekonzepten
- bei der Refluxkrankheit
- bei der Achalasie
- bei Divertikeln

### Operationen bei Magenerkrankungen

- insbesondere Magentumoren unter Einbeziehung von neoadjuvanten Therapiekonzepten

### Leberchirurgie

- bei Lebermetastasen
- bei primären Lebertumoren (Lebertransplantation, Radiofrequenzablation (RFA))

### Pankreaschirurgie

- bei Pankreascarzinom
- bei chronischer Pankreatitis

### Operationen bei Erkrankungen des Dickdarms

- bei Coloncarcinom
- bei Divertikulitis

### Operationen bei Rektum (Mastdarm) Erkrankungen

- bei Rektumcarzinom unter Einbeziehung von neoadjuvanten Therapiekonzepten
- bei gutartigen Erkrankungen

### Proktologie

### Thoraxchirurgie

Die Thoraxchirurgie beinhaltet Operationen der Lunge, der Pleura und des Mediastinums und nimmt etwa 15% der Operationen der Klinik ein. Der Schwerpunkt liegt auf der Tumorchirurgie, die sich nicht nur im Rahmen der Oesophagusoperationen, sondern aufgrund gleicher onkologischer Grundprinzipien sehr gut mit der Chirurgie gastrointestinaler Tumoren ergänzt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Es wurden zusammen mit der I. und III. Medizinischen Klinik und der Klinik für Strahlentherapie neoadjuvante Radiochemotherapien in die Behandlung des fortgeschrittenen Bronchialcarcinoms eingeführt.

### **Bronchialcarcinom**

In enger Kooperation mit dem Centrum für integrierte Onkologie (CIO) werden Patienten mit Bronchialcarcinom entsprechend der vorgegebenen Leitlinien therapiert. Im Rahmen der integrierten Versorgung können Patienten mit der Diagnose „nicht-kleinzelliges Bronchialcarcinom“ behandelt werden.

Die Video Assistierte Thorakoskopische Chirurgie (VATS) konnte in den letzten fünf Jahren weiter ausgebaut werden. In vielen Fällen kann dadurch eine Thorakotomie vermieden werden.

### **Minimal invasive Verfahren**

- Thorakoskopische Bullaabtragung mit Pleurodese beim rezidivierenden Pneumothorax und der Pleurodese maligner Pleuraergüsse
- Thorakoskopische Thymektomie (Entfernung der Thymusdrüse)
- Paravertebrale Neurinomentfernung
- Leiomyomenukleation aus der Ösophaguswand
- Myotomie bei therapieresistenter Ösophagusspasmus

### **Chirurgische Onkologie**

Die chirurgische Onkologie beschäftigt sich insbesondere mit der multimodalen Therapie der gastrointestinalen Tumoren, des Bronchialcarcinoms, der Mediastinaltumoren, der Schilddrüsenmalignome und der Weichteiltumoren.

Ganz im Vordergrund unserer Bemühungen steht die neoadjuvante Radiochemotherapie des Ösophaguscarcinoms, des Magen- bzw. Cardiaccarcinoms, des Rektumcarcinoms und des Bronchialcarcinoms.

Die Chirurgie dieser vorbehandelten Tumoren ist anspruchsvoller als die primäre Resektion und sollte aus den vielfach publizierten Gründen der Qualitätssicherung in High Volume Zentren ausgeführt werden. Die radikale Lymphadenektomie ist dabei ein wesentlicher Bestandteil unserer Operationen nach der Induktionstherapie. Die neuesten Langzeitergebnisse der prospektiv randomisierten holländischen Studien zum Oesophaguscarcinom und zum Magencarcinom weisen auf Vorteile der Lymphadenektomie hin.

Die Radiofrequenzablation (RFA) von primären Lebertumoren insbesondere des hepatozellulären Carcinoms und von colorectalen Lebermetastasen hat das Therapiespektrum erweitert.

Die multimodale Tumorthерапie solider Tumoren gelingt nur bei einem interdisziplinären Konzept. Im Rahmen des Centrums für integrierte Onkologie (CIO) wurde ein Tumorboard eingerichtet mit einer wöchentlichen Konferenz (Montag, 16.15-17.00 Uhr in der Chirurgischen Bibliothek). Dort werden Patienten mit speziellen Fragestellungen unter Zugrundelegung aller Befunde vorgestellt und interdisziplinär besprochen. Die im Konsens erreichte Empfehlung zum Beispiel zur neoadjuvanten oder adjuvanten Therapie wird dokumentiert und konsequent umgesetzt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

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

Ein wichtiges Forschungsthema im Rahmen neoadjuvanter Therapiekonzepte bleibt die Vorhersage des Ansprechens auf Strahlentherapie oder Chemotherapie. Diese sogenannte Response Prediction haben wir daher zu einem unserer zentralen Forschungsthemen gemacht. Dieses wird durch entsprechende Drittmittel (Boll-Stiftung) nachhaltig gefördert.

Erste Ergebnisse erlauben die Identifizierung von Patienten mit schlechtem Ansprechen auf Radiochemotherapie beim Ösophaguscarcinom anhand einer Kombination von Biomarkern.

### 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.

Dazu können laparoskopische Verfahren angeboten werden. In den letzten fünf Jahren wurden 569 Eingriffe der Schilddrüse und 74 Operationen wegen Hyperparathyreoidismus ausgeführt.

Die Einführung des intraoperativen Neuromonitoring hat zu einer Erleichterung der intraoperativen Lokalisierung und sicheren Erhaltung des Recurrens-Nerven beigetragen. Dies gilt insbesondere für Rezidiveingriffe und für die Chirurgie des Schilddrüsencarcinoms.

Die Einführung der intraoperativen Parathormonbestimmung hat die intraoperative Qualitätssicherung der Nebenschilddrüsenchirurgie deutlich erhöht. Gleichzeitig wird dadurch die Invasivität reduziert, da bei Erreichen eines normalen Parathormonwertes die Exploration weiterer Epithelkörperchen eingeschränkt werden kann.

## B-7.2

### Medizinische Leistungsangebote

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeinchirurgie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-7 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC60	Adipositaschirurgie
VC21	Endokrine Chirurgie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie
VC20	Nierenchirurgie
VC62	Portimplantation
VC25	Transplantationschirurgie
VC24	Tumorchirurgie

### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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

### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH17	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin**

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-7 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

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

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

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

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Thoraxchirurgie

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

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-7 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

## B-7.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

## B-7.4

### Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.815
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	72

## B-7.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C15	Speiseröhrenkrebs	242
2	C16	Magenkrebs	137
3	K80	Gallensteinleiden	61
4	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	60
5	K35	Akute Blinddarmzentzündung	59
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	55
7	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	54
8	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	51
9	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	51
10	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	47
11	K40	Leistenbruch (Hernie)	46
12	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	45
13	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	42
14	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	40
15	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	39



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
16	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	37
17	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	36
18	Z52	Spender von Organen oder Geweben	29
19	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	25
20	K81	Gallenblasenentzündung	22
21	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	20
22	K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	19
23	C73	Schilddrüsenkrebs	19
24	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	17
25	K42	Nabelbruch (Hernie)	17
26	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	17
27	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausgangs bzw. des Afters	16
28	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	15
29	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	14
30	Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebskrankheit	14

## B-7.6

### 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	644
2	5-469	Sonstige Operation am Darm	235
3	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	213
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	168
5	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	166
6	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	138
7	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	138
8	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	118
9	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	115
10	5-426	Entfernung der gesamten Speiseröhre mit Wiederherstellung der Verbindung	114
11	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	111
12	5-449	Sonstige Operation am Magen	103
13	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	94
14	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	93
15	3-051	Ultraschall der Speiseröhre mit Zugang über den Mund	93
16	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	85



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	82
18	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	75
19	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	73
20	5-454	Operative Dünndarmentfernung	66
21	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	66
22	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	65
23	5-554	Operative Entfernung der Niere	63
24	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	62
25	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	60
26	5-061	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte	59
27	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	59
28	5-555	Nierenverpflanzung (Transplantation)	54
29	5-549	Sonstige Bauchoperation	53
30	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	51

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

### Funktionsdiagnostik

pH-Metrie des Ösophagus	126
pH-Metrie des Magens	126
Impedanz-Messung im Ösophagus	126
Bilitec-Messung in der Speiseröhre und im Magen	3
Manometrie in der Speiseröhre	149
Analmanometrie	14

(Alle Fallzahlen aus 2012)

## B-7.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Transplantationsambulanz

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-7.8

### Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	68
2	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	23
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	15
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	10
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäß(e)	9
6	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausgangs (Anal fisteln)	7
7	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	7
8	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	6
9	5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	6
10	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	4
11	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	4
12	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	< 4
13	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4

## B-7.9

### Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-7.10

### Personelle Ausstattung

#### B-7.10.1

#### Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	21,8	0,01201
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	10,8	0,00595

Alle Angaben in Vollkräften

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF26	Medizinische Informatik
ZF34	Proktologie

## B-7.10.2

### Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	59,9	0,03284
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre	3	0,00165
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	1	0,00055

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

## B-7.10.3

### Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-8**

**Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Jan Brunkwall

**B-8.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Jan Brunkwall

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 32498

Telefax 0221 / 478 - 32499

E-Mail [jan.brunkwall@uk-koeln.de](mailto:jan.brunkwall@uk-koeln.de)

Internet [www.uniklinik-herzzentrum.de/gefaesschirurgie](http://www.uniklinik-herzzentrum.de/gefaesschirurgie)

§-301-Schlüssel Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie (1518)

Art Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

## 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.

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

Alle Arten von thoracalen- und thoraco-abdominalen 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 jeden Patienten genauestens ausgewählt.

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

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

Ein weiteres Spektrum sind die arterio-venösen Malformationen, die sowohl operativ als auch 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 thorakoabdominalen Aortenaneurysmen (einschließlich Hybrid-Operation)

Operative Behandlung (offen oder endovaskular) 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

- Operative Therapie von Kompressionssyndromen der Arterien und Venen, der oberen und unteren Extremität, der abdominalen Gefäße und der oberen Thoraxapertur
- Operative Therapie peripherer arterieller Aneurysmen
- Behandlung akuter Extremitätenischämien
- Operative und konservative Therapie der chronisch venösen Insuffizienz
- Operative, endovenöse (Radiofrequenzablation) und konservative Therapie der primären und sekundären Stammvarikosis
- Operative Therapie der Perforansveneninsuffizienz
- Operative Therapie der retikulären Varikosis und der Besenreiservarikosis
- Operative und konservative Therapie der tiefen Becken-/Beinvenenthrombose
- Dialyseshuntchirurgie
- Operative, interventionelle und konservative Therapie von Gefäßmalformationen, Angiodysplasien
- Operative Therapie von Gefäßverletzungen
- Rekonstruktive Gefäßchirurgie im Rahmen erweiterter Tumorchirurgie
- Konservative und operative Therapie entzündlicher Gefäßerkrankungen
- Therapie des Morbus Raynaud
- Sympathikolysetherapie, Sympathektomie

## B-8.2

### Medizinische Leistungsangebote

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie/Viszeralchirurgie

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

## B-8.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

## **B-8.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	1.001
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

## **B-8.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	276
2	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	185
3	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	181
4	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	145
5	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	30
6	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	27
7	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	22
8	I77	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern	21
9	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	9
10	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	9
11	I83	Krampfadern der Beine	8
12	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	8
13	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	6
14	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	5
15	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	4
16	I87	Sonstige Venenkrankheit	4
17	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	< 4
18	I21	Akuter Herzinfarkt	< 4
19	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
20	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	I50	Herzschwäche	< 4
22	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	< 4
23	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	< 4
24	Q27	Sonstige angeborene Fehlbildung des Blutgefäßsystems außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen	< 4
25	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
26	A69	Sonstige Infektionskrankheit, ausgelöst durch Spirochäten-Bakterien	< 4
27	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4
28	I82	Sonstiger Verschluss bzw. Bildung von Blutgerinnseln in den Venen	< 4
29	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnse (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	< 4
30	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnse - Lungenembolie	< 4

## B-8.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	850
2	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	413
3	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	351
4	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	261
5	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	245
6	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	128
7	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststoffflappen	114
8	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	113
9	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	110
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	58
11	5-38f	Offene Operation zur Erweiterung oder Wiedereröffnung von verengten oder verschlossenen Blutgefäßen mit einem Ballon	57
12	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	55
13	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	50
14	5-38d	Einpflanzen von Röhrchen (Stents) mit bedeckten Maschen und kleinem Durchmesser im Rahmen einer offenen Operation	45
15	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	44
16	5-382	Operative Entfernung von Blutgefäßen mit Verbindung der zwei Enden	41



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	8-84b	Perkutan-transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen	38
18	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	31
19	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	28
20	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	28
21	5-902	Freie Hautverpflanzung, Empfängerstelle und Art des Transplantats	19
22	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	17
23	8-842	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße	15
24	5-38c	Einpflanzen von Röhrchen (Stents) mit offenen Maschen und kleinem Durchmesser im Rahmen einer offenen Operation	15
25	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	13
26	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	12
27	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	11
28	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	10
29	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	10
30	5-389	Sonstiger operativer Verschluss an Blutgefäßen	9

## B-8.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Privatambulanz

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

**B-8.8**

**Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

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

**B-8.9**

**Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-8.10**

**Personelle Ausstattung**

**B-8.10.1**

**Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	14	0,01399
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	6	0,00599

Alle Angaben in Vollkräften

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

**B-8.10.2**

**Pflegepersonal**

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	28,9	0,02887
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	2	0,002
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	2,7	0,0027

Alle Angaben in Vollkräften

**Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-8 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-8.10.3**

**Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-9**

**Zentrum für Neurochirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner



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

**B-9.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Zentrum für Neurochirurgie

Geschäftsführ.  
Direktor Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

Klinikdirektor Klinik und Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie  
Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

Klinikdirektorin Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie  
Univ.-Prof. Dr. med. Veerle Visser-Vandewalle

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4551

Telefax 0221 / 478 - 6257

E-Mail [neurochirurgie-info@uk-koeln.de](mailto:neurochirurgie-info@uk-koeln.de)

Internet [neurochirurgie.uk-koeln.de/neurochirurgie](http://neurochirurgie.uk-koeln.de/neurochirurgie)

§-301-Schlüssel Neurochirurgie (1700)

Art Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-9 Zentrum für Neurochirurgie

## Kurzportrait

Das Zentrum für Neurochirurgie der Uniklinik Köln bietet die Therapie aller neurochirurgisch behandelbaren Krankheitsbilder an. Unser Zentrum verfügt über 77 Betten, hiervon umfasst die interdisziplinär betriebene neurochirurgische Intensivstation 15 Betten. Pro Jahr werden ca. 3.400 Eingriffe in fünf Operationssälen durchgeführt.

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

### Klinik für Allgemeine Neurochirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

Telefon 0221 / 478 – 4551

Telefax 0221 / 478 – 6257

[roland.goldbrunner@uk-koeln.de](mailto:roland.goldbrunner@uk-koeln.de)

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

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

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

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

- Gesamtgebiet der Neurochirurgie

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

- Onkologische Neurochirurgie (Schwerpunkt der Klinik)

Tumoren des Gehirns, der Schädelbasis und des Rückenmarks

- Vaskuläre Neurochirurgie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-9 Zentrum für Neurochirurgie

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

- Pädiatrische Neurochirurgie

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

- Neurochirurgische Frührehabilitation

(in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie)

## **Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie**

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

Telefon 0221 / 478 – 4580

Telefax 0221 / 478 – 4581

[veerle.visser-vandewalle@uk-koeln.de](mailto:veerle.visser-vandewalle@uk-koeln.de)

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

- Tiefe Hirnstimulation

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

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

- Hirntumor-Biopsien

Hirntumore werden mittels stereotaktisch geführter Biopsie histopathologisch gesichert.

- Brachytherapie

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-9 Zentrum für Neurochirurgie

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

- Radiochirurgie: LINAC, Cyberknife

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

- Behandlung von chronischen Schmerzsyndromen und Spastik

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

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

## B-9.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie
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 Tumorexstiraption und Neuronavigation, interdisziplinäre Versorgung von Hirntumoren im Rahmen des Zentrums für Neurochirurgie
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren  Operative Versorgung von intraspinalen Tumoren unter neurophysiologischem Monitoring
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels  Versorgung von Schädelfehlbildungen in Kooperation mit der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-9 Zentrum für Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie
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 Strahlentherapie  Gehirntumoren
VC70	Kinderneurochirurgie
VC00	Läsionelle funktionelle Neurochirurgie
VC00	Schmerztherapie  Medikamentenpumpen, Neurostimulatoren
VC00	Stereotaktische Tiefenhirnstimulation  M. Parkinson, Angst- und Zwangskrankheiten
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Strahlentherapie

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

## B-9.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

## B-9.4

### Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.860
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	77



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-9 Zentrum für Neurochirurgie

**B-9.5**

**Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD**

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	281
2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	274
3	M54	Rückenschmerzen	263
4	C71	Gehirnkrebs	222
5	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	159
6	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	151
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	146
8	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	138
9	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpfanzung von Gewebe im Körperinneren	116
10	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	102
11	D33	Gutartiger Hirntumor, Hirnnerventumor bzw. Rückenmarkstumor	84
12	G91	Wasserkopf	72
13	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	57
14	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	50
15	G50	Krankheit des fünften Hirnnervs	49
16	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	47
17	G20	Parkinson-Krankheit	46
18	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	44
19	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	34
20	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	32
21	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	30
22	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	30
23	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	27
24	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	24
25	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäß (Lymphschwamm)	22
26	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	21
27	D43	Tumor des Gehirns bzw. des Rückenmarks ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	20
28	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	16
29	G24	Bewegungsstörung durch Veränderung der Muskelspannkraft - Dystonie	16
30	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	16



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-9 Zentrum für Neurochirurgie

## B-9.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	1.227
2	5-010	Operative Schädeleröffnung über das Schäeldach	1.185
3	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	844
4	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	748
5	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	549
6	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	463
7	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	386
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	384
9	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	363
10	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	362
11	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	336
12	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	319
13	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	316
14	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	300
15	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	273
16	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	270
17	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	254
18	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evvozierte Potentiale)	235
19	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	215
20	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknoten	215
21	5-038	Operation an den Hirnwasserräumen im Rückenmarkskanal	210
22	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	208
23	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	192
24	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremdteilen wie Mess-Sonden oder Medikamentenpumpen	180
25	8-925	Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems während einer Operation	175
26	5-014	Computergesteuerte Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten unter Röntgenkontrolle	174
27	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	170
28	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	162
29	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	135



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-9 Zentrum für Neurochirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
30	1-510	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gehirn bzw. Hirnhäuten durch operativen Einschnitt und Eröffnung der Schädeldecke	132

## B-9.7

### Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

#### Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ III) Neurochirurgie und Humangenetik

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

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

#### Neuroonkologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
Anlage Nr.	Angebotene Leistung (nach § 116b SGB V)
Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

#### Neuroonkologische und radiochirurgische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-9 Zentrum für Neurochirurgie

## Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Abklärung von Operationsindikationen auf dem Gesamtgebiet der Neurochirurgie,  
poststationäre Verlaufskontrollen

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

## Privatambulanz

Privatambulanz

## Sprechstunde für Pädiatrische Neurochirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC58	Spezialsprechstunde

## Sprechstunde für Patienten mit Bewegungsstörungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

## Sprechstunde für Patienten mit Schmerz- und Spastiksyndromen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

## B-9.8

## 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	21
2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
3	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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-9 Zentrum für Neurochirurgie

## B-9.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-9.10 Personelle Ausstattung

### B-9.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	41,9	0,01465
Davon Fachärztinnen/-ärzte	19,9	0,00696

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-9.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	94,7	0,03311
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre	2	0,0007
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	1	0,00035

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-9 Zentrum für Neurochirurgie

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP03	Diabetes
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-9.10.3**

**Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-10**

**Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers

**B-10.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 32508

Telefax 0221 / 478 - 32509

E-Mail [thorsten.wahlers@uk-koeln.de](mailto:thorsten.wahlers@uk-koeln.de)

Internet [www.uniklinik-herzzentrum.de/herz-und-thoraxchirurgie](http://www.uniklinik-herzzentrum.de/herz-und-thoraxchirurgie)

§-301-Schlüssel Herzchirurgie (2100)

Art Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## 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 über 45 Normalpflegebetten und eine fachspezifische Intensivpflegestation mit insgesamt 24 Intensivpflege- und Beatmungsplätzen. Integriert ist eine Intensivpflegeeinheit für Herz- und Lungentransplantations-Patienten. Zusätzlich wird in der CardioCliniC Köln als Dependence in Köln-Kalk eine operative Einheit mit zusätzlicher Intensivstation genutzt.

Insgesamt werden jährlich über 2.800 Operationen durchgeführt, davon etwa 1.800 mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine. Die Klinik verfügt über zwei Laboreinrichtungen im Operationsbereich und im intensivmedizinischen Bereich.

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

Daneben werden in Kooperation mit Frau Prof. Dr. A. Sterner-Kock, Leiterin des Institut für Experimentelle Medizin, in den Operationsräumen der Experimentellen Medizin Großtierversuche von unseren Operateuren in 5 Forschungsgruppen durchgeführt. Seit 2006 besteht zusätzlich unser Labor zur Stammzellforschung unter der Leitung von Dr. med. Choi und Dr. rer. nat. Neef, in dem von 16 Medizinern und Biologen Grundlagenforschung zur „Kardialen Regeneration“ erfolgt.

## B-10.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

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

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikeleruptur
VC06	Defibrillatoreingriffe



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappen chirurgie
VC07	Herztransplantation
VC01	Koronarchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC05	Schrittmachereingriffe

## **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie

## **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Thoraxchirurgie**

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

## B-10.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

## B-10.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.086
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	69

## B-10.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	515
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris	348
3	I21	Akuter Herzinfarkt	241
4	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	241
5	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingeplatzten medizinischen Gerätes	112
6	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	69
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	58
8	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	55
9	T82	Komplikationen durch eingeplatzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	49
10	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	44

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

## B-10.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	1.869
2	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	900
3	5-351	Ersatz von Herzkappen durch eine künstliche Herzkappe	374
4	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	317
5	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	269
6	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	251
7	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	176
8	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehensgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	176
9	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	174
10	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation	162

## B-10.7 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: Ventrikelenurusma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriß, Ventrikelruptur
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC01	Koronarchirurgie
VC11	Lungenchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

## Schrittmacherambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC05	Schrittmachereingriffe

## B-10.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-10.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-10.10 Personelle Ausstattung

### B-10.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	39,9	0,01913
Davon Fachärztinnen/-ärzte	17,1	0,0082

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ08	Herzchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ12	Thoraxchirurgie

Weiterbildungsermächtigung für

- Basischirurgie (2 Jahre)
- Herzchirurgie (4 Jahre)
- Spezielle Intensivmedizin

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-10 Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

**B-10.10.2 Pflegepersonal**

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	106,6	0,0511
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	1	0,00048
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre	6	0,00288
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	3	0,00144

Alle Angaben in Vollkräften

**Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-10.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-11            Klinik und Poliklinik für Urologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Udo Engelmann

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

Name              Klinik und Poliklinik für Urologie  
Klinikdirektor    Univ.-Prof. Dr. med. Udo Engelmann

Straße            Kerpener Str. 62  
Hausadresse     50937 Köln  
Postadresse     50924 Köln

Telefon          0221 / 478 - 4242  
Telefax          0221 / 478 - 5198

E-Mail            **u-h.engelmann@uni-koeln.de**  
Internet        **urologie.uk-koeln.de**

§-301-Schlüssel    Urologie (2200)  
Art                Hauptabteilung  
                    Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-11 Klinik und Poliklinik für Urologie

## Kurzportrait

Die Urologische Klinik und Poliklinik der Uniklinik Köln hält alle modernen Methoden der Urologie einschließlich Green Light Laser Verfahren, endourologischer Eingriffe und ESWL vor. Die Klinik bildet Schwerpunkte in den Bereichen:

- Allgemeine Urologie
- Uro-Andrologie/Sexualität
- Kinderurologie
- Urologie der Frau/Neurourologie
- Uro-Onkologie
- Mikro-Chirurgie
- Plastisch-rekonstruktive geschlechtsangleichende Operationen

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

## B-11.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VU00	Andrologie
VU00	Chemotherapie
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU00	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
VU00	HDR- und LDR-Brachytherapie
VU08	Kinderurologie
VU00	Kontinenzzentrum
Die Klinik und Poliklinik für Urologie ist als Beratungsstelle durch die Deutsche Kontinenzgesellschaft zertifiziert.	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-11 Klinik und Poliklinik für Urologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VU00	Sexualmedizin
VU14	Spezialsprechstunde
VU13	Tumorchirurgie

## B-11.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

### Fremdsprachlichkeit

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

## B-11.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1. 698
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	40

## B-11.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C67	Harnblasenkrebs	250
2	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	171
3	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	141
4	C61	Prostatakrebs	124
5	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	117
6	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	63
7	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	59
8	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	52
9	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	44
10	N30	Entzündung der Harnblase	39
11	N35	Verengung der Harnröhre	39
12	C62	Hodenkrebs	36



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-11 Klinik und Poliklinik für Urologie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
13	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	34
14	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	31
15	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	30
16	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	29
17	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	23
18	N48	Sonstige Krankheit des Penis	18
19	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	17
20	N12	Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen, die nicht als akut oder anhaltend (chronisch) bezeichnet ist	15
21	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	15
22	C65	Nierenbeckenkrebs	14
23	R77	Sonstige Veränderung der Bluteiweiße	13
24	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	12
25	F64	Störung der Geschlechtsidentität	12
26	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	11
27	K40	Leistenbruch (Hernie)	11
28	N21	Stein in der Blase bzw. der Harnröhre	11
29	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	11
30	D09	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Lokalisationen	10

## B-11.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	704
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	616
3	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	336
4	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	313
5	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	264
6	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	188
7	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	169
8	1-334	Untersuchung von Harntransport und Harnentleerung	146
9	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	128



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## B-11 Klinik und Poliklinik für Urologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	123
11	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	107
12	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	105
13	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	105
14	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	69
15	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	66
16	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	61
17	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	59
18	5-554	Operative Entfernung der Niere	54
19	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	53
20	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	50
21	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	48
22	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	47
23	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	45
24	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	42
25	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	39
26	5-622	Operative Entfernung eines Hodens	38
27	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	36
28	5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	32
29	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	31
30	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	27

## B-11.7

## Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Urologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-11 Klinik und Poliklinik für Urologie

## B-11.8

### Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	432
2	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	260
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	146
4	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	29
5	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	14
6	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters - Sterilisationsoperation beim Mann	8
7	5-560	Erweiterung des Harnleiters bei einer Operation oder Spiegelung	< 4
8	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	< 4
9	5-581	Operative Erweiterung des Harnröhrenausgangs	< 4
10	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	< 4
11	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	< 4

## B-11.9

### Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-11.10

### Personelle Ausstattung

#### B-11.10.1

##### Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,7	0,00689
Davon Fachärztinnen/-ärzte	7,2	0,00424

Alle Angaben in Vollkräften

##### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ60	Urologie

##### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF04	Andrologie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-11 Klinik und Poliklinik für Urologie

## B-11.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	19,7	0,0116
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre	2	0,00118

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

## B-11.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-12**

**Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie**



Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel

**B-12.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel

Stellvertretender Univ. Prof. Dr. med. Lars Müller  
Direktor,  
Leiter  
Schwerpunkt  
Unfall-, Hand- und  
Ellenbogenchir.

Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4601  
Telefax 0221 / 478 - 7045

E-Mail [peer.eysel@uk-koeln.de](mailto:peer.eysel@uk-koeln.de)  
Internet [orthopaedie-unfallchirurgie.uk-koeln.de](http://orthopaedie-unfallchirurgie.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel Orthopädie (2300)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

## Kurzportrait

Stellvertretender Direktor, Leiter Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie  
Univ. Prof. Dr. med. Lars Müller

In der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie wird das gesamte Spektrum der Erkrankung und Verletzung des Muskuloskeletalsystems 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 104 Betten. Zusätzlich werden die Patienten auf der interdisziplinären Intensivstation durch eigene ärztliche Mitarbeiter betreut. Die ambulante Patientenversorgung erfolgt in mehreren Spezialsprechstunden und einer allgemeinen Poliklinik.

In der zentralen Notaufnahme der Universitätsklinik Köln ist 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.

## Schwerpunkt Orthopädie

Leitender Oberarzt Schwerpunkt Orthopädie  
Dr. med. Hans-Philipp Springorum

## Wirbelsäulenchirurgie

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

## Endoprothetik/Revisionsendoprothetik/Minimal-invasive Endoprothetik

Hüft-, Knie-, Schultergelenk-Endoprothetik

## Operation von Knochentumoren und Weichteiltumoren, rekonstruktive Tumor-Orthopädie

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

## Kinderorthopädie

Hüftdysplasie, Klumpfuß, Extremitätendeformität

## Computernavigierte Operationen

## Arthroskopie

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

## Korrektureingriffe zur Verlängerung bzw. Verkürzung bzw. Achsenänderung an Gliedmaßen

## Rheuma-Orthopädie

## Schwerpunkt Unfallchirurgie

Leitender Oberarzt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie  
Dr. med. Emmanouil Skouras



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

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, Korrektur eingriffe zur Verlängerung, Verkürzung und Achsenänderung an Gliedmaßen, Muskelersatzoperationen 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-12.2 Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie
VO13	Spezialsprechstunde
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VO00	Tumororthopädie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

## **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie
VC63	Amputationschirurgie
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC30	Septische Knochenchirurgie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

## **Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Sozialpädiatrisches Zentrum

## **B-12.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

### **Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen**

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische

## **B-12.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl	2.991
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	104



## B-12.5

### 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	211
2	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	178
3	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	163
4	M54	Rückenschmerzen	154
5	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	113
6	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	111
7	S52	Knochenbruch des Unterarmes	108
8	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	108
9	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	98
10	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	97
11	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	66
12	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	66
13	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	58
14	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	58
15	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	56
16	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	53
17	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	45
18	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	44
19	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	42
20	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	42
21	S06	Verletzung des Schädelinneren	42
22	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	40
23	D48	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	40
24	M80	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose	35
25	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	32
26	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	31
27	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung - Osteomyelitis	31
28	M87	Absterben des Knochens	30
29	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	30
30	S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	27



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

## B-12.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	781
2	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	660
3	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	473
4	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	458
5	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese	389
6	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	371
7	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	349
8	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	348
9	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	319
10	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	287
11	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	250
12	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	236
13	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	227
14	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	222
15	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	216
16	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	215
17	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	201
18	5-812	Operation am Gelenknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	193
19	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpfanzungszwecken	193
20	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	177
21	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	164
22	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	152
23	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	149
24	5-786	Operative Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	147
25	5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	139
26	5-784	Operative Verpfanzung bzw. Umlagerung von Knochengewebe	121
27	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	111



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
28	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	108
29	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	105
30	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	101

## B-12.7 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 Kinder-Orthopädie, Skoliose, orthopädische Onkologie und operative Rheumatologie

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

### Privatambulanz

Privatambulanz

## B-12.8 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	143
2	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	25
3	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	22
4	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	17
5	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	12
6	5-841	Operation an den Bändern der Hand	11
7	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	7
8	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	5



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	5
10	5-849	Sonstige Operation an der Hand	5
11	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	4
12	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	4
13	5-902	Freie Hautverpflanzung, Empfängerstelle und Art des Transplantats	< 4
14	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
15	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
16	8-200	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
17	5-811	Operation an der Gelenkkennhaut durch eine Spiegelung	< 4
18	5-863	Operative Abtrennung von Teilen der Hand oder der gesamten Hand	< 4
19	5-781	Operative Durchtrennung von Knochengewebe zum Ausgleich von Fehlstellungen	< 4
20	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
21	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
22	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	< 4
23	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	< 4
24	5-846	Operative Versteifung von Gelenken an der Hand außer am Handgelenk	< 4
25	5-844	Operativer Eingriff an Gelenken der Hand außer dem Handgelenk	< 4
26	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
27	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	< 4
28	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	< 4
29	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	< 4
30	5-854	Wiederherstellende Operation an Sehnen	< 4

## B-12.9 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.

## B-12.10 Personelle Ausstattung

### B-12.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	33,2	0,0111
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	14,4	0,00481

Alle Angaben in Vollkräften



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ61	Orthopädie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ62	Unfallchirurgie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF12	Handchirurgie
ZF19	Kinder-Orthopädie
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie
ZF27	Naturheilverfahren
ZF28	Notfallmedizin
ZF29	Orthopädische Rheumatologie
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF44	Sportmedizin

### B-12.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	0,8	0,00027
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	66,4	0,0222
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre	3	0,001
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	2,2	0,00074

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ08	Operationsdienst

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP12	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-12 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Nr.	Zusatzzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistentin
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-12.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-13**

**Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**



Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mallmann

**B-13.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mallmann

Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4940  
Telefax 0221 / 478 - 4929

E-Mail **peter.mallmann@uk-koeln.de**  
**frauenklinik.uk-koeln.de**  
**www.brustkrebschwerpunkt-koeln.de**  
**www.gynaekologisches-krebszentrum-koeln.de**  
Internet **www.zentrum-familiaerer-brustkrebs.de**

§-301-Schlüssel Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## Kurzportrait

### Geburtshilfe

Betreuung von Risikoschwangerschaften, 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](http://www.gynaekologisches-krebszentrum-koeln.de)

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

### Minimal invasive Chirurgie

Laparoskopische Hysterektomie, Myomenukleationen, Lymphonodektomien, hysteroskopische Operationen

### Beckenboden-Zentrum

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

### Brustzentrum

[www.brustkrebsschwerpunkt-koeln.de](http://www.brustkrebsschwerpunkt-koeln.de)

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

### Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

[www.zentrum-familiaerer-brustkrebs.de](http://www.zentrum-familiaerer-brustkrebs.de)

## B-13.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren



Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie

## B-13.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-13.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.934
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	76

## B-13.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	639
2	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	258
3	O70	Dammriss während der Geburt	249
4	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	248
5	C50	Brustkrebs	244
6	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	197
7	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	172
8	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	111
9	O42	Vorzeitiger Blasensprung	93



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	92
11	O80	Normale Geburt eines Kindes	79
12	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	79
13	O35	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung oder Schädigung des ungeborenen Kindes	76
14	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	75
15	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	75
16	P22	Atemnot beim Neugeborenen	67
17	O63	Sehr lange dauernde Geburt	63
18	D05	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse	60
19	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	60
20	D61	Sonstige Blutarmut durch zu geringe Neubildung verschiedener Blutkörperchen	58
21	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	56
22	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	51
23	O44	Fehllage der Plazenta vor dem Muttermund	48
24	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	47
25	O23	Entzündung der Harn- bzw. Geschlechtsorgane in der Schwangerschaft	46
26	O71	Sonstige Verletzung während der Geburt	46
27	D27	Gutartiger Eierstocktumor	43
28	C56	Eierstockkrebs	41
29	O04	Abtreibung	40
30	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	40

## B-13.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.575
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	830
3	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	554
4	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	493
5	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	470
6	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	278
7	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	247



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achselymphknoten	229
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	216
10	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	179
11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	175
12	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	140
13	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	122
14	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	117
15	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	115
16	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	114
17	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	112
18	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	109
19	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	102
20	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	102
21	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	90
22	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	87
23	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	86
24	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	83
25	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	76
26	5-593	Operation zur Anhebung des Blasenhalses bei Blasenschwäche mit Zugang durch die Scheide	70
27	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	60
28	5-402	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region [als selbstständige Operation]	57
29	8-515	Entbindung unter Zuhilfenahme bestimmter Handgriffe	52
30	5-886	Sonstige wiederherstellende Operation an der Brustdrüse	51



## B-13.7

## Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Ambulanz und Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Privatambulanz

Notfallambulanz (24h)

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

Spezialsprechstunde für Dysplasie

Spezialsprechstunde für HIV

Spezialsprechstunden für Kinder - und Jugendgynäkologie

Menopausensprechstunde

Inkontinenzsprechstunde

Kinderwunschsprechstunde

Ambulante Chemotherapie von Mamma- und Genitalkarzinomen

Ambulante Operationen

## B-13.8

## Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	193
2	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterhaut - Ausschabung	135
3	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterhaut ohne operativen Einschnitt	133
4	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	120
5	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	69
6	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	58
7	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	52
8	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	28
9	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	26
10	5-882	Operation an der Brustwarze	22
11	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	19
12	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	18
13	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	15
14	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	15
15	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	12
16	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	12



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	9
18	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	6
19	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	6
20	5-469	Sonstige Operation am Darm	5

## B-13.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-13.10 Personelle Ausstattung

### B-13.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	32,6	0,00661
Davon Fachärztinnen/-ärzte	15,3	0,0031

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-13 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## B-13.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	19,5	0,00395
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	33,8	0,00685
Hebammen/ Entbindungsangehörige	3 Jahre	17	0,00345
Operationstechnische Assistenz	3 Jahre	4	0,00081
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	1	0,0002

Alle Angaben in Vollkräften außer bei Hebammen/ Entbindungsangehörige (hier nach Personen)

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ07	Onkologische Pflege
PQ08	Operationsdienst

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistentin
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

## B-13.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP24	Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	1	0,0002

Alle Angaben in Vollkräften



**B-14**

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



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. B. Hüttenbrink

**B-14.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

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

Klinikdirektor        Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. B. Hüttenbrink

Straße                Kerpener Str. 62

Hausadresse          50937 Köln

Postadresse          50924 Köln

Telefon              0221 / 478 - 4750

Telefax             0221 / 478 - 4793

E-Mail                [huettenbrink.k-b@uni-koeln.de](mailto:huettenbrink.k-b@uni-koeln.de)

Internet            [hno.uk-koeln.de](http://hno.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel    Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600)

Art                    Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Kurzportrait

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

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

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

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

## B-14.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO
VI22	Allgemein: Diagnostik und Therapie von Allergien
VH26	Allgemein: Laserchirurgie
VH23	Allgemein: Spezialsprechstunde
VH15	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH17	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO
VH16	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH24	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
VH25	Mund/Hals: Schnarchoperationen
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH12	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VI32	Nase: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VH13	Nase: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH11	Nase: Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
VH05	Ohr: Cochlearimplantation  Cochlear Implant Centrum Köln: Komplette Diagnostik präoperativ, chirurgische Versorgung, komplette (Re-)Habilitation (audiologisch, pädagogisch, medizinisch)
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Ohr: 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	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH27	Ohr: Pädaudiologie
VH07	Ohr: Schwindeldiagnostik/-therapie
VH19	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge
VH22	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VH21	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
VH00	Riechstörungen
VH00	Speicheldrüsenerkrankungen

## B-14.3

## Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-14.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.261
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	40

## B-14.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	182
2	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	112
3	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	105
4	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	95
5	H71	Eitrig Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	91
6	C32	Kehlkopfkrebs	89
7	H91	Sonstiger Hörverlust	88
8	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	71
9	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	60
10	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	51
11	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	50
12	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	49
13	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	46
14	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	46
15	R04	Blutung aus den Atemwegen	44
16	H80	Fortschreitender Hörverlust durch Versteifung der Ohrknöchelchen - Otosklerose	42
17	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	42
18	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	41
19	C44	Sonstiger Hautkrebs	41
20	C09	Krebs der Gaumenmandel	39
21	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	36
22	H66	Eitrig bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	32
23	H60	Entzündung des äußeren Gehörganges	29
24	H65	Nichteitige Mittelohrentzündung	29
25	J01	Akute Nasennebenhöhlenentzündung	27
26	H95	Krankheit des Ohres bzw. des Warzenfortsatzes nach medizinischen Maßnahmen	27
27	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	25
28	J03	Akute Mandelentzündung	23



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	23
30	H72	Trommelfellriß, die nicht durch Verletzung verursacht ist	22

## B-14.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Messung des Hörvermögens - Audiometrie	944
2	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	287
3	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	279
4	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	224
5	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	202
6	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	192
7	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	187
8	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	168
9	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	165
10	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	154
11	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausgangs	150
12	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	132
13	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	114
14	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	112
15	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	110
16	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	98
17	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	88
18	1-247	Messung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns	86
19	5-269	Andere Operation an Speicheldrüse bzw. Speicheldrüsenausführungsgang	83
20	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	80
21	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	76
22	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausgangs	72
23	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäß	69
24	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	59
25	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	58
26	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	54



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	53
28	1-245	Messung der Nasendurchgängigkeit	53
29	5-221	Operation an der Kieferhöhle	49
30	5-316	Wiederherstellende Operation an der Luftröhre	49

## B-14.7 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	Mittelohrchiirurgie
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

### Allgemeine Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Gesamtes Spektrum der HNO-Notfalldiagnostik und -therapie

### Allgemeine Privatambulanz

Privatambulanz

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

### Cochlear Implant Centrum Köln

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

Nachsorge nach Cochlear Implantation



# UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Onkologische Nachsorge

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Komplette Diagnostik und gegebenenfalls Therapie im Rahmen der onkologischen Nachsorge

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

## Pädaudiologie/Phoniatrie

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

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

## Spezialambulanz für kindliche Hörstörungen

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

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

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

## Vor- und Nachsorge

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

zur Erbringung von Leistungen im vor- und nachstationären Bereich

## B-14.8

## Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	302
2	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	245
3	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	53
4	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	8
5	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	8
6	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	7
7	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäß	5



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	5
9	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
10	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	< 4
11	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
12	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	< 4
13	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
14	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	< 4
15	5-219	Sonstige Operation an der Nase	< 4
16	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
17	5-188	Sonstige wiederherstellende Operation am äußeren Ohr	< 4
18	5-316	Wiederherstellende Operation an der Luftröhre	< 4

## B-14.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-14.10 Personelle Ausstattung

### B-14.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	19,8	0,00876
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	10,8	0,00478

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF33	Plastische Operationen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-14.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	4	0,00177
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	28,6	0,01265
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	1	0,00044

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ08	Operationsdienst

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP14	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

## B-14.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-15**

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



Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

**B-15.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name                    Zentrum für Augenheilkunde  
                          - Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Geschäftsführ.  
Direktor                Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

Straße                Kerpener Str. 62  
Hausadresse          50937 Köln  
Postadresse          50924 Köln

Telefon                0221 / 478 - 4300  
Telefax                0221 / 478 - 5094

E-Mail                **[claus.cursiefen@uk-koeln.de](mailto:claus.cursiefen@uk-koeln.de)**  
Internet              **[augenklinik.uk-koeln.de](http://augenklinik.uk-koeln.de)**

§-301-Schlüssel    Augenheilkunde (2700)  
Art                    Hauptabteilung  
                          Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Kurzportrait

Der besondere Schwerpunkt des Zentrums für Augenheilkunde und seiner Abteilungen liegt in der Versorgung von ambulanten und stationären Patienten. Wie auf der Website ([augenklinik.uk-koeln.de](http://augenklinik.uk-koeln.de)) dargestellt, deckt das Zentrum für Augenheilkunde das gesamte Spektrum der Augenheilkunde ab.

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

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

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

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

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

## Allgemeine Augenheilkunde und Poliklinik

Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

Telefon 0221 / 478 - 4300

Telefax 0221 / 478 - 5094

[claus.cursiefen@uk-koeln.de](mailto:claus.cursiefen@uk-koeln.de)

## Schwerpunkt für Neuroophthalmologie und Strabologie

Gemeinsame Leitung

Dr. med. Julia Fricke

Priv.-Doz. Dr. med. Antje Neugebauer

Telefon: 0221 / 478 - 4325

Telefon: 0221 / 478 - 4325

Telefax: 0221 / 478 - 3533

Telefax: 0221 / 478 - 3533

[julia.fricke@uk-koeln.de](mailto:julia.fricke@uk-koeln.de)

[antje.neugebauer@uk-koeln.de](mailto:antje.neugebauer@uk-koeln.de)

## Abteilung für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. B. Kirchhof

Telefon 0221 / 478 - 4105

Telefax 0221 / 478 - 5922

[bernd.kirchhof@uk-koeln.de](mailto:bernd.kirchhof@uk-koeln.de)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-15.2

### Medizinische Leistungsangebote

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

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

## B-15.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

#### Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

## B-15.4

### Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.499
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	51

## B-15.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Grüner Star - Glaukom	1.978
2	H25	Grauer Star im Alter - Katarakt	666



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	517
4	H50	Sonstiges Schielen	488
5	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	247
6	H26	Sonstiger Grauer Star	242
7	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	223
8	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges - Keratitis	126
9	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildung des Auges	93
10	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	79
11	C44	Sonstiger Hautkrebs	77
12	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	67
13	H17	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges	61
14	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	50
15	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	47
16	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	42
17	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	40
18	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	39
19	E05	Schilddrüsüberfunktion	36
20	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpfanzung von Gewebe im Körperinneren	32
21	H00	Gerstenkorn bzw. Hagelkorn	27
22	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindegewebe des Auges	26
23	Q12	Angeborene Fehlbildung der Augenlinse	24
24	Q10	Angeborene Fehlbildung des Augenlides, des Tränenapparates bzw. der knöchernen Augenhöhle	19
25	H59	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Auges oder zugehöriger Strukturen wie Lider oder Augenmuskeln nach medizinischen Maßnahmen	19
26	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	18
27	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	17
28	H52	Störung der Einstellungsfähigkeit (Akkommodation) bzw. der Brechungsfähigkeit (Refraktion) des Auges, z.B. Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit	15
29	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	11
30	D31	Gutartiger Tumor am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	10



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-15.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-220	Messung des Augeninnendrucks	6.948
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1.361
3	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	1.076
4	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	908
5	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	768
6	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation	670
7	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	323
8	5-152	Befestigung der Netzhaut nach Ablösung durch eine eindellende Operation mithilfe einer Plombe	288
9	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	277
10	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	247
11	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	235
12	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	204
13	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	181
14	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	152
15	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	127
16	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	125
17	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	119
18	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	114
19	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	109
20	5-10a	Verstärkender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	98
21	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	75
22	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	66
23	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	63
24	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidiefstand	59
25	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	54
26	5-134	Senkung des Augeninnendrucks durch eine Operation ohne Ableitung des Kammerwassers nach außen	44
27	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	43
28	5-147	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Augenlinse	42
29	5-145	Sonstige operative Entfernung der Augenlinse	37
30	8-170	Behandlung durch Spülung (Lavage) des Auges	36



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-15.7

## Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Ambulanz (Poliklinik)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

### Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit

### Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Privatambulanz

Privatambulanz

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

## B-15.8

## Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	622
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	165
3	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	98
4	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	70
5	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	42
6	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	30
7	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	24
8	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	21
9	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	20
10	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	15
11	5-097	Lidstraffung	14
12	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	12
13	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	9
14	5-10a	Verstärkender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	8
15	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidiefstand	7
16	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	7
17	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	5-147	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Augenlinse	< 4
19	5-153	Erneuerung, Wechsel bzw. Entfernung eines Augenbandes oder einer Plombe, die zur Befestigung der Netzhaut angelegt wurde	< 4
20	5-10c	Korrekturoperation bei frühkindlichem Innenschielen	< 4
21	5-095	Nähen des Augenlides	< 4
22	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	< 4
23	5-081	Operative Entfernung von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse	< 4
24	5-098	Senkrechte Lidverlängerung	< 4
25	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	< 4
26	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	< 4
27	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	< 4
28	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	< 4
29	5-10f	Verstärkender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	< 4
30	5-086	Wiederherstellende Operation am Tränenkanal bzw. Tränenpunkt	< 4

## B-15.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-15.10 Personelle Ausstattung

### B-15.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	38,3	0,00696
Davon Fachärztinnen/-ärzte	19,7	0,00358

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ04	Augenheilkunde

### B-15.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	3,5	0,00064
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	43,4	0,00789
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	4	0,00073

Alle Angaben in Vollkräften



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

**Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ08	Operationsdienst

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistentenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-15.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-16                    Klinik und Poliklinik für Neurologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Fink

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

Name                    Klinik und Poliklinik für Neurologie

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

Straße                Kerpener Str. 62

Hausadresse         50937 Köln

Postadresse         50924 Köln

Telefon               0221 / 478 - 4015

Telefax               0221 / 478 - 5669

E-Mail                **gereon.fink@uk-koeln.de**

Internet              **neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/neurologie**

§-301-Schlüssel    Neurologie (2800)

Art                    Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## 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 die größte neurologische Klinik in Nordrhein-Westfalen.

Stationär werden jährlich über 4200 Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten neurologischen Fachgebiet untersucht und behandelt. Zur spezialisierten Versorgung akuter Schlaganfälle stehen, neben den Normalstationen, eine eigene neurologische Intensivstation und eine überregional zertifizierte Stroke Unit zur Verfügung. In einer Frührehabilitationseinheit mit 16 Behandlungsplätzen werden Patienten mit neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen in einem multiprofessionellen Team behandelt. Eine komplett neurologische Zusatzdiagnostik und das gesamte Spektrum neurologischer Therapien werden an der Klinik angeboten.

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

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

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

## B-16.2

### Medizinische Leistungsangebote

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B) bei Schlaganfällen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen Stroke Unit (Schlaganfalleinheit) für spezifische Diagnostik u. Therapie des Schlaganfalls: Zerebrale Ischämie (Hirninfarkt), zerebrale Blutung (Hirnblutung), Subarachnoidalblutung u. Hirvenenthrombose 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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel

## B-16.3

## Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

### Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)

## Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal

## B-16.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.328
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	76

## B-16.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	734
2	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	410
3	G20	Parkinson-Krankheit	336
4	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	296
5	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems - Multiple Sklerose	261
6	G44	Sonstiger Kopfschmerz	112
7	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	104
8	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	68
9	G43	Migräne	66
10	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	65
11	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	64
12	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	62
13	G24	Bewegungsstörung durch Veränderung der Muskelspannkraft - Dystonie	58
14	G61	Entzündung mehrerer Nerven	57
15	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	52



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
16	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	51
17	G91	Wasserkopf	49
18	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	45
19	H46	Entzündung des Sehnervs	41
20	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	41
21	C71	Gehirnkrebs	40
22	S06	Verletzung des Schädelinneren	39
23	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	36
24	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	34
25	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	32
26	M54	Rückenschmerzen	32
27	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	31
28	R51	Kopfschmerz	30
29	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	30
30	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	29

## Schwerpunkte in der Krankenversorgung

Stationär werden Erkrankungen des gesamten neurologischen Fachgebietes diagnostiziert und behandelt. Neben den Normalstationen, stehen zur spezialisierten Versorgung, eine eigene neurologische Intensivstation und eine zertifizierte, überregionale Stroke Unit Einheit zur Versorgung akuter Schlaganfälle zur Verfügung.

Ferner gibt es eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationseinheit.

Es wird die gesamte neurologische Zusatzdiagnostik angeboten.

Besondere Schwerpunkte der Krankenversorgung sind:

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie

## B-16.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	4.541
2	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	3.262
3	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	1.761
4	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	936
5	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur - EMG	900
6	1-206	Untersuchung der Nervenleitung - ENG	856
7	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	582
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	413
9	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	256
10	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	202
11	8-552	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten	202
12	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	164
13	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	163
14	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	141
15	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	111
16	8-97d	Fachübergreifende Behandlung sonstiger lang andauernder Krankheiten	48
17	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	40
18	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	38
19	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	35
20	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	34
21	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	28
22	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	28
23	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	25
24	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	19
25	8-924	In den Körper eingreifende Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems	19
26	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	16
27	1-587	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Blutgefäßen durch operativen Einschnitt	13
28	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	12
29	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	10



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
30	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	8

## B-16.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Bestimmung zur ambulanten Behandlung 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 Spezialprechstunden für folgende Bereiche angeboten.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Nr.	Angebotene Leistung
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

## Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Nr.	Angebotene Leistung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde

## Privatambulanz

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen



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

## B-16.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-16.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-16.10 Personelle Ausstattung

### B-16.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	40	0,00924
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	13,5	0,00312

Alle Angaben in Vollkräften



## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik
ZF39	Schlafmedizin

## Weiterbildungsbefugnisse

### Facharztweiterbildung Neurologie

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

### Intensivmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Walter Haupt  
Volle Weiterbildungszeit Neurologie (4 Jahre)

### Psychiatrisches Jahr

Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter  
Rotation in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

### Botulinumtoxin

Dr. med. Wei-Chi Liu  
Zertifikation für die Anwendungsbereiche Spastik, zervikale Dystonie, Hemispasmus facialis und Blepharospasmus

### EEG

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

### EMG

Univ.-Prof. Dr. med. Walter Haupt  
Prüfer, Ausbilder  
Prof. Dr. med. Michael Schroeter M.Sc.  
Ausbilder (DGKN)

### Epilepsie

Priv.-Doz. Dr. med. Lothar Burghaus  
Zertifikat Epileptologie plus

### Evozierte Potenziale

Univ.-Prof. Dr. med. Walter Haupt  
Ausbilder, Prüfer (DGKN)

### Funktionelle Bildgebung

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-16 Klinik und Poliklinik für Neurologie

### Ultraschall

Dr. med. Neveling  
Ausbilder (DGKN, DEGUM)

### Schlafmedizin/Somnologie

Priv.-Doz. Dr. med. Sparing  
Ausbilder

### B-16.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	86,1	0,01989
Pflege-Assistenten/-Assistentinnen	2 Jahre	2	0,00046

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement Algesiologische Fachassistentenz
ZP16	Wundmanagement Wundberater und Wundexperten

### B-16.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP23	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1	0,00023

Alle Angaben in Vollkräften



**B-17**

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**



Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter

**B-17.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter

Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4010  
Telefax 0221 / 478 - 5593

E-Mail joachim.klosterkoetter@uk-koeln.de  
Internet [neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/psychiatrie-und-psychotherapie](http://neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/psychiatrie-und-psychotherapie)

§-301-Schlüssel Allgemeine Psychiatrie (2900)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über 93 Betten auf 5 Stationen und 20 teilstationäre Plätze in der Tagesklinik. Die Klinik ist für die gesamte stationäre psychiatrische Versorgung des Kölner Stadtbezirks 3 (130.000 Einwohner) zuständig. Zur Verfügung steht ein breites Spektrum differenzierter, multi-professioneller Diagnoseverfahren einschließlich psychiatrischer, psychologischer, neurophysiologischer und bildgebender Diagnostik in Kooperation mit der Klinik für Neurologie und der Neuroradiologie. Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft verbinden die angewandten Therapieverfahren moderne, auf ihre Wirksamkeit geprüfte Strategien der Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie.

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

Die ambulante Versorgung erfolgt über die Poliklinik (zur Krisenintervention und Notfallversorgung über 24 Stunden) sowie die Institutsambulanz (kurzfristig poststationäre und intensivierte längerfristige Betreuung durch ein multiprofessionelles Team von Ärzten, Psychologen, psychiatrisch geschultem Krankenpflegepersonal, Ergotherapeuten und Sozialarbeiterinnen) und verschiedene Spezialambulanzen (Zwangserkrankungen, Doppeldiagnose Psychose und Sucht, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrome (ADHS) des Erwachsenen, Autismus) und das „FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen – FETZ“ ([www.fetz.org](http://www.fetz.org)). Das FETZ bietet als erstes Zentrum dieser Art in Deutschland Beratung, Behandlung und begleitende Hilfen für Menschen mit einem erhöhten Risiko oder ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Der Schwerpunkt liegt auf der Früherkennung von Psychosen bei jungen Erwachsenen. Durch einen rechtzeitigen Beginn der Therapie, z. B. mit einem gezielten psychologischen Training, kann die Prognose wesentlich verbessert werden. Ein unverbindliches Vorgespräch ist jederzeit möglich.

## B-17.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen - FETZ  Das FETZ ( <a href="http://www.fetz.org">www.fetz.org</a> ) bietet Beratung, Behandlung u. begleitende Hilfen f. Menschen m. erhöhtem Risiko o. ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung m. Schwerpunkt auf Früherkennung v. Psychosen b. jungen Erwachsenen, rechtzeitiger Therapiebeginn kann die Prognose wesentlich verbessern.
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP12	Spezialsprechstunde  Krisenintervention u. Notfallversorgung, kurzfristig poststationäre u. intensivierte längerfristige Betreuung durch multiprofessionelles Team, Spezialambulanzen f. Zwangserkrankungen, Doppeldiagnose Psychose u. Sucht, Aufmerksamkeitsdefizit- u. Hyperaktivitätssyndrome (ADHS) d. Erwachsenen, Autismus

## B-17.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

### Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung

## B-17.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.314
Teilstationäre Fallzahl	213
Anzahl Betten	93
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	20

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## B-17.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	208
2	F20	Schizophrenie	198
3	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	197
4	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	161
5	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	121
6	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	56
7	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung - manisch-depressive Krankheit	55
8	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht - Schizoaffektive Störung	42
9	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	36
10	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	29
11	F42	Zwangsstörung	28
12	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	26
13	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln - Ticstörung	19
14	G30	Alzheimer-Krankheit	16
15	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	13
16	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	13
17	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	13
18	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	9
19	F41	Sonstige Angststörung	9
20	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	9
21	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	5
22	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	5
23	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	4
24	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	< 4
25	F07	Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	< 4
26	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphin verwandt sind (Opioide)	< 4
27	F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
28	F68	Sonstige Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung	< 4
29	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	< 4
30	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4

## B-17.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-606	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	4.663
2	9-605	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	2.153
3	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	1.688
4	9-614	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 1 bis 2 Merkmalen	1.680
5	9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	852
6	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	820
7	9-615	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen, bei Patienten mit 3 bis 4 Merkmalen	517
8	9-981	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Abhängigkeitskrank	348
9	9-982	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Psychiatrie für ältere Menschen	133
10	1-903	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	126

Die Kodierung der o.g. Prozeduren erfolgte ab dem 01.07.2010 im Zuge der bundesweiten Umstellung der Vergütung stationärer Psychotherapie auf tagesgleiche, leistungsbasierte Pauschalen.

## B-17.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Psychiatrische Ambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Privatambulanz

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

Krisenintervention u. Notfallversorgung, kurzfristig poststationäre u. intensivierte längerfristige Betreuung durch multiprofessionelles Team, Spezialambulanzen f. Zwangserkrankungen, Doppeldiagnose Psychose u. Sucht, Aufmerksamkeitsdefizit- u. Hyperaktivitätssyndrome (ADHS) d. Erwachsenen, Autismus



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen – FETZ

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Beratung, Behandlung u. begleitende Hilfen f. Menschen m. erhöhten Risiko f. psych. Erkrankungen, Schwerpunkt: Früherkennung v. Psychosen b. jungen Erwachsenen, durch gezieltes psycholog. Training kann die Prognose wesentl. verbessert werden, unverbindl. Vorgespräch jederzeit möglich ([www.fetz.org](http://www.fetz.org))

### B-17.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

### B-17.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

### B-17.10 Personelle Ausstattung

#### B-17.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	31	0,02359
Davon Fachärztinnen/-ärzte	11,5	0,00875

Alle Angaben in Vollkräften

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

#### B-17.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	4	0,00304
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	67,2	0,05114
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	3	0,00228

Alle Angaben in Vollkräften



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-17 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

**Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen**

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ10	Psychiatrische Pflege

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP17	Case Management
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-17.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP23	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	4,7	0,00358
SP24	Psychologischer Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	3	0,00228

Alle Angaben in Vollkräften



**B-18**

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
des Kindes- und Jugendalters**



Univ.-Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl

**B-18.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Klinikdirektor	Univ.-Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl
Straße	Kerpener Str. 62
Hausadresse	50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Telefon	0221 / 478 - 5337
Telefax	0221 / 478 - 3428
E-Mail	<b>gerd.lehmkuhl@uk-koeln.de</b>
Internet	<b>neurologie-psychiatrie.uk-koeln.de/kinder-und-jugendpsychiatrie</b>
§-301-Schlüssel	Kinder- und Jugendpsychiatrie (3000)
Art	Hauptabteilung
	Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## Kurzportrait

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

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

## B-18.2

### Medizinische Leistungsangebote

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

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

## B-18.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-18.4

### Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	401
Teilstationäre Fallzahl	140
Anzahl Betten	40
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	14

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-18.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	79
2	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	74
3	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	40
4	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	39
5	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	25
6	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	24
7	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	16
8	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	16
9	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	15
10	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	14
11	F42	Zwangsstörung	14
12	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	13
13	F41	Sonstige Angststörung	7
14	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	6
15	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	4
16	F83	Kombinierte Entwicklungsstörung z.B. des Sprechens, der Sprache, der Bewegungen oder schulischer Leistungen	< 4
17	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	< 4
18	F16	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die die Wahrnehmung verändern	< 4
19	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	< 4
20	F20	Schizophrenie	< 4
21	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln - Ticstörung	< 4
22	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	< 4
23	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	< 4
24	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-18.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-665	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	1.445
2	9-655	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	1.362
3	9-664	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	1.040
4	9-654	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	813
5	9-983	Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie	574
6	9-685	Behandlung im besonderen Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit durch Spezialtherapeuten und/oder pädagogisch-pflegerische Fachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	257
7	9-684	Behandlung im besonderen Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	216
8	1-904	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	77
9	9-671	Einzelbetreuung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	74
10	9-690	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	36
11	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	29
12	9-670	Intensive Beaufsichtigung mit Überwachung in einer Kleinstgruppe bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	18
13	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	< 4
14	9-980	Behandlung von Erwachsenen in Einrichtungen, die im Anwendungsbereich der Psychiatrie-Personalverordnung liegen, Bereich Allgemeine Psychiatrie	< 4
15	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	< 4
16	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	< 4
17	1-903	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden sowie von Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-18.7

## Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Allgemein-Ambulanz

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

Kriseninterventionen, Notfallversorgung, kurzfristig post-stationäre und intensivierte  
längerfristige Betreuung

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

### FETZ Früherkennungs- & Therapiezentrum für psychische Krisen

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Im Rahmen der Erforschung und Behandlung psychotischer Krisen und psychotischer Erkrankungen bieten wir im Rahmen der Früherkennungssprechstunde eine ambulante, gegebenenfalls stationäre Diagnostik zur Risiko-Einstufung mit begleitendem Monitoring an.

### Spezialambulanz für Angst-, Zwangs- und Tic-Störungen

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

Therapieprogramm f. Kinder u. Jugendliche m. Angst- u. Zwangsstörungen (THAZ), Expositionsbefehlung 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## **Spezialambulanz für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)**

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

Ausführliche Exploration, testpsychologische Verfahren, multimodale  
Verhaltenstherapie, Eltern-Kind-Therapie auf Basis des Therapieprogramms für  
Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten (THOP):  
Spieltraining, Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Verfahren

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

## **Spezialambulanz für autistische Störungen**

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

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

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

## **Spezialambulanz für Enuresis**

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

Spezialambulanz für Kinder u. Jugendliche im Alter 5 – 18 Jahren m. täglichem o.  
nächtlichem Einnässen, organische Ausschlussdiagnostik, symptomorientierte  
Behandlung über kognitiv-verhaltenstherap. Maßnahmen, Kalenderführung,  
apparative Verhaltenstherapie, Bio-Feedback-Verfahren u. Pharmakotherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

## **Spezialambulanz für Essstörungen**

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

Differenzierte Diagnostik (am häufigsten Anorexia nervosa, "Magersucht"),  
individueller Behandlungsplan, Entscheidung über zeitnahe stationäre Aufnahme oder  
Vermittlung an ambulante Behandlung. Die KJP ist an den Arbeitskreis Essstörungen  
der Stadt Köln angeschlossen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## **Spezialambulanz für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten**

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

Spezialambulanz bei repetitiver Selbstverletzung mit differentialdiagnostischer Einschätzung u. Koordination des weiteren therapeutischen Vorgehens, Möglichkeit für betroffene Jugendliche und ihre Eltern zur Gruppentherapie angelehnt an dialektisch-behaviorales Fertigkeitstraining für Jugendliche

## **Spezialambulanz für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen**

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

Therapieprogramm f. Jugendliche m. Selbstwert-, Leistungs- u. Beziehungsstörungen (SELBST): Am Anfang steht ein zeitlich begrenztes Gesprächsangebot, in dem mit dem Jugendlichen zunächst erarbeitet wird, ob ein intensiveres Behandlungsangebot sinnvoll ist und in dem die Motivation aufgebaut wird.

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

## **Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder**

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

Beratungsangebot bei "funktionellen" Störungen wie Schlaf-, Fütter- u. Schreistörungen, allgemeine Regulationsstörungen, Interaktionsprobleme, Probleme von Risikosäuglingen und psychische Probleme, wie z. B. depressive u. posttraumatische Reaktionen nach äußeren Verlusterlebnissen

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

## **Trauma-Ambulanz**

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

## B-18.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-18.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-18.10 Personelle Ausstattung

### B-18.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	15,7	0,03915
Davon Fachärztinnen/-ärzte	8,8	0,02195

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

### B-18.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	18,7	0,04663
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	9,5	0,02369

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ10	Psychiatrische Pflege

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP12	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

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

**B-18.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP23	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	6	0,01496
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	4,4	0,01097

Alle Angaben in Vollkräften



**B-19**

**Klinik und Poliklink für Psychosomatik und Psychotherapie**



PD Dr. med. Christian Albus

**B-19.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklink für Psychosomatik und Psychotherapie  
Klinikdirektor Prof. Dr. med. Christian Albus

Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4365  
Telefax 0221 / 478 - 3103

E-Mail [christian.albus@uk-koeln.de](mailto:christian.albus@uk-koeln.de)  
Internet [psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de](http://psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel Psychosomatik/Psychotherapie (3100)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## Kurzportrait

Die klinischen Aufgaben der Abteilung liegen in der Diagnostik und Therapie von psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen (v. a. somatoforme Störungen, psychogene Essstörungen und schwere psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen).

Im Rahmen der ambulanten Versorgung übernehmen wir v. a. diagnostische Aufgaben als Vermittler zwischen dem primärärztlichen und dem psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem.

Unser stationäres Angebot besteht in multimodaler Intensivpsychotherapie für Patienten, bei denen eine ambulante Therapie nicht verfügbar oder nicht ausreichend ist (z. B. besonders schwere Störungen oder Krisen im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie). Enthaltene Elemente sind Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieutherapie, körperbezogene Verfahren, Gestaltungs- und Musiktherapie, ggf. ergänzt um symptomadaptierte Medikation.

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

## B-19.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP00	Adipositastherapie Interdisziplinäres Adipositaszentrum, gemeinsam mit Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumor-Chirurgie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie Kein Angebot bei akuter Suizidalität!
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Diagnostik und Therapie psychogener Essstörungen, v. a. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Rauschessen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie
VP00	Psychodiabetologie Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP00	Psychokardiologie Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP14	Psychoonkologie
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung



## B-19.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-19.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	63
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	10

Bei den vergleichsweise langen Behandlungszeiten der stationären psychosomatischen Komplexbehandlung (OPS 9-63) von durchschnittlich sechs bis acht Wochen ergibt sich trotz der scheinbar niedrigen Fallzahl eine Auslastung von über 90 %.

## B-19.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	21
2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert - Somatoforme Störung	20
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit - Depressive Episode	6
4	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein - Dissoziative oder Konversionsstörung	5
5	F41	Sonstige Angststörung	4
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4
7	F68	Sonstige Persönlichkeits- bzw. Verhaltensstörung	< 4
8	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	< 4
9	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
10	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	< 4

## B-19.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-630	Anzahl der durch Ärzte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	477
2	9-632	Anzahl der durch Spezialtherapeuten erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	476
3	9-633	Anzahl der durch Pflegefachkräfte erbrachten Therapieeinheiten im Rahmen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	458



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-19 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	9-410	Bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, bei der ein Patient einzeln behandelt wird - Einzeltherapie	411
5	1-900	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	125
6	9-606	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Spezialtherapeuten und/oder Pflegefachpersonen erbrachten Therapieeinheiten	58
7	9-605	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen mit durch Ärzte und/oder Psychologen erbrachten Therapieeinheiten	48
8	9-604	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen ohne Therapieeinheiten pro Woche	27
9	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	27
10	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	< 4
11	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hyposensibilisierung	< 4
12	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4
13	9-402	Psychotherapeutisches Verfahren, in dessen Zentrum die Wechselwirkung von Körper und Psyche steht - Psychosomatische Therapie	< 4
14	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	< 4
15	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	< 4
16	1-760	Untersuchung zum Nachweis einer Stoffwechselstörung, bei der bestimmte Substanzen (z.B. Zucker) verabreicht werden	< 4

In Ergänzung zu den oben aufgelisteten Prozeduren haben Mitarbeiter der Klinik bei ca. 600 stationären Patienten anderer Abteilungen (z. B. Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie) Konsile durchgeführt. Ein Konsil umfasst eine (oder mehrere) mindestens 50-minütige psychosomatisch-psychotherapeutische Untersuchung und Behandlung mit anschließender schriftlicher Rückmeldung des Befundes und der Therapieempfehlung an den Zuweiser. Die wichtigsten Anlässe für Konsile waren Symptome psychischer Belastung (v. a. Depressivität und Angst) bei körperlichen Erkrankungen (sog. Anpassungsstörungen) sowie körperbezogene Beschwerden ohne ausreichend erklärenden organischen Befund (sog. somatoforme oder dissoziative Störungen).

## B-19.7

## Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Insgesamt wurden von Mitarbeitern der Klinik ca. 1.000 Patienten ambulant betreut. Davon wurden etwa 800 von niedergelassenen Ärzten an uns verwiesen, etwa 200 kamen aus anderen Polikliniken der Universitätsklinik. Bei jedem Patienten wurde ein (oder mehrere) mindestens 50-minütiges diagnostisch-beratende Gespräch durchgeführt. Die Anlässe umfassten alle Diagnosen des Fachgebietes, insbesondere Anpassungsstörungen bei belastenden Lebensereignissen und Krankheiten, depressive und/oder ängstliche Störungen, psychogene Essstörungen und körperliche Symptome ohne hinreichend erklärenden organischen Befund.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Patienten mit psychotischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder akuter Suizidalität werden von uns nicht behandelt, sondern sind der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zuzuweisen.

Die Anmeldung der Patienten erfolgt in der Regel telefonisch durch den Arzt oder den Patienten selbst. Der Untersuchungstermin wird dem Patienten schriftlich mitgeteilt und ist von unserer Seite für den Zeitpunkt garantiert. Wartezeiten fallen nicht an. Das diagnostische 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.	Angebote 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.	Angebote 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
VP14	Psychoonkologie

### B-19.8

### Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

### B-19.9

### Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

## B-19.10 Personelle Ausstattung

### B-19.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,8	0,10794
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	5,8	0,09206

Alle Angaben in Vollkräften

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

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

### B-19.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	1	0,01587
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	7,5	0,11270

Alle Angaben in Vollkräften

#### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

#### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

**B-19.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP24	Psychologischer Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen	2	0,03175

Alle Angaben in Vollkräften



**B-20**

**Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin**



Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Drzezga

**B-20.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Drzezga

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 7575

Telefax 0221 / 478 - 7584

E-Mail [alexander.drzezga@uk-koeln.de](mailto:alexander.drzezga@uk-koeln.de)

Internet [nuklearmedizin.uk-koeln.de](http://nuklearmedizin.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel Nuklearmedizin (3200)

Art Hauptabteilung

Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin bietet das gesamte Spektrum der nuklear-medizinischen Diagnostik und der nuklearmedizinischen Therapie (außer Radiosynoviorthese) an. 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 gut-artiger Schilddrüsenerkrankungen (Schilddrüsenüberfunktion, Morbus Basedow, Autonomie, Struma), die Radioiodtherapie des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms, die Radioimmuntherapie des rezidivierten Lymphdrüsenträgers, die I-131 MIBG-Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom, die Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren, die SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) sowie die nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (vorwiegend Prostatakarzinom).

## 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)
- Herzmuskel (Myokard)-Szintigraphie
- Hirn-Szintigraphie bei Bewegungsstörungen (Morbus Parkinson)
- Hirn-PET in der Abklärung einer Demenz (F-18FDG) und bei Hirntumoren (C-11 Methionin)

## Therapie

- Radioiodtherapie des Schilddrüsenkarzinoms
- Radioiodtherapie bei Morbus Basedow, Autonomie, Struma
- Radioimmuntherapie beim rezidivierten Lymphdrüsenträger
- I-131 MIBG Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom
- Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren
- SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) bei Lebermetastasen und Leberzellkarzinom
- Nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen
- Referenz-Nuklearmedizin (national, international)
- PET bei Lymphdrüsenträger (Hodgkin-Krankheit)



## B-20.2 Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR40	Allgemein: Spezialsprechstunde
VR00	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren  Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik (Gammakamera, SPECT, PET, Messsonden, Ganzkörperzähler)
VR20	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner  Integriertes PET/CT (Biograph 16 True Point, Siemens, Baujahr 2010)
VR19	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie
VR00	Nuklearmedizinische Therapie  Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Therapie (Radioiodtherapie, I-131-MIBG-Therapie, Radioimmuntherapie, Lu-177 DOTATATE, SIRT, nuklearmedizinische Schmerztherapie von Knochenmetastasen)
VR39	Nuklearmedizinische Therapie: Radiojodtherapie  TSH-Stimulation beim Schilddrüsenkarzinom mit rekombinantem humanen TSH
VR38	Nuklearmedizinische Therapie: Therapie mit offenen Radionukliden  Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren, I-131 MIBG Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom, Y-90 Ibritumomab Tiuxetan beim folliculären NHL, Sm-153 Phophonat bei Knochenmetastasen, Y-90 Mikrosphären bei Lebermetastasen und Leberzellkarzinom
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern

## B-20.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-20.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	806
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

## B-20.5

### Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	E05	Schilddrüsenüberfunktion	442
2	C73	Schilddrüsenkrebs	205
3	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	58
4	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	25
5	C17	Dünndarmkrebs	12
6	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	9
7	Z08	Nachuntersuchung nach Behandlung einer Krebskrankheit	9
8	C74	Nebennierenkrebs	8
9	C75	Krebs sonstiger hormonproduzierender Drüsen bzw. verwandter Strukturen	7
10	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	6
11	C37	Krebs der Thymusdrüse	6
12	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	4
13	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
14	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	< 4
15	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	< 4
16	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	< 4
17	C26	Krebs sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Verdauungsorgane	< 4
18	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	< 4
19	C44	Sonstiger Hautkrebs	< 4
20	C15	Speiseröhrenkrebs	< 4

## B-20.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	660
2	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	629
3	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	474
4	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	376
5	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	375
6	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	353
7	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	302



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	3-722	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	144
9	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	92
10	3-721	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	86
11	3-70d	Bildgebendes Verfahren über Teile des Körpers zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	76
12	8-530	Behandlung mit radioaktiven Substanzen, die vom Körper aufgenommen werden	57
13	3-750	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	44
14	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	26
15	3-720	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns mittels radioaktiver Strahlung (SPECT)	25
16	3-70b	Untersuchung der Stoffaufnahme und der Stoffabgabe von Zellen und Organen mithilfe radioaktiver Stoffe	12
17	3-702	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	7
18	3-703	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	4
19	3-740	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen (PET)	4
20	3-70a	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des blutbildenden Systems (in Knochenmark, Leber bzw. Milz) mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
21	3-753	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des gesamten Körpers mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	< 4
22	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	< 4

## B-20.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### MVZ II 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

## Poliklinik für Nuklearmedizin

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

## Poliklinik für Nuklearmedizin

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

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

## Poliklinik für Nuklearmedizin

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

## Poliklinik für Nuklearmedizin

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

PET bei den Diagnosen: Bösartiger Lungentumor (Centrum für Integrierte Onkologie, CIO) und Hodgkin-Krankheit (Deutsche Hodgkin Studiengruppe)

Nr.	Angebotene Leistung
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner

## Privatambulanz Nuklearmedizin

Privatambulanz

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

## B-20.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-20.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-20.10 Personelle Ausstattung

### B-20.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	10,1	0,01253
Davon Fachärztinnen/-ärzte	6,1	0,00757

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ44	Nuklearmedizin

Referenzbeurteilung der PET/CT beim Hodgkin Lymphom für die Therapie-Optimierungsstudien der German Hodgkin Study Group (GHSG)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-20 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
	Untersuchungen am integrierten PET/CT
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF23	Magnetresonanztomographie in der Nuklearmedizin (3 Ärzte)

Ein Doppelfacharzt für Nuklearmedizin und Diagnostische Radiologie,  
drei weitere Fachärzte für Nuklearmedizin,  
ein weiterer Facharzt für Diagnostische Radiologie

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

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

### B-20.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	6,6	0,00819

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten

### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Keine Angabe

### B-20.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.

.



**B-21**

**Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie**



Univ.-Prof. Dr. med. Martin Kocher

**B-21.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie  
Kommissarische Leitung Univ.-Prof. Dr. med. Martin Kocher  
Straße Kerpener Str. 62  
Hausadresse 50937 Köln  
Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 5450  
Telefax 0221 / 478 - 6158

E-Mail **strahlentherapie@uk-koeln.de**  
Internet **strahlentherapie.uk-koeln.de**

§-301-Schlüssel Strahlenheilkunde (3300)  
Art Hauptabteilung  
Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## Kurzportrait

- Ambulante und stationäre Bestrahlung
- Perkutane Strahlenbehandlung am Linearbeschleuniger
- Radiochemotherapie
- Brachytherapie
- Hirntumoren (Radiochirurgie und stereotaktische Bestrahlung am Cyberknife)
- Körperstereotaxie am Cyberknife
- Lymphome (Referenz-Strahlentherapie)
- Oesophagus-Karzinom (präoperative Radiochemotherapie)
- Prostatakarzinom (Seed-Implantation, Afterloading)
- Bronchial-Karzinom (kombinierte Radiochemotherapie)
- Mamma-Karzinom (Bestrahlung nach brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
- Gynäkologische Tumoren (kombinierte Tele-Brachytherapie)
- Ganzkörperbestrahlung bei Leukämie
- Kindliche Tumoren
- Kopf-Hals-Tumoren (kombinierte Radiochemotherapie und Radio-Immuntherapie)
- Einbindung in das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), das Brustzentrum, das Genitalkrebszentrum, das Hauttumorzentrum und in das Darmzentrum

## B-21.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie
VR45	Allgemein: Intraoperative Bestrahlung Intraoperative Bestrahlung des Mamma-Karzinoms
VR37	Strahlentherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
VR36	Strahlentherapie: Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Strahlentherapie: Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR32	Strahlentherapie: Hochvoltstrahlentherapie Perkutane Strahlenbehandlung (Linearbeschleuniger), Radiochemotherapie, radiochirurgische u. stereotaktische Bestrahlung (Hirntumoren), präoperative Radiochemotherapie, Ganzkörperbestrahlung, Radio-Immuntherapie, Mamma-Carzinom (Bestrahlung n. brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
VR35	Strahlentherapie: Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR30	Strahlentherapie: Oberflächenstrahlentherapie
VR31	Strahlentherapie: Orthovoltstrahlentherapie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-21 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie

## B-21.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-21.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	445
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	8

## B-21.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	87
2	C15	Speiseröhrenkrebs	79
3	C16	Magenkrebs	45
4	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	25
5	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	19
6	C09	Krebs der Gaumenmandel	18
7	C32	Kehlkopfkrebs	15
8	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	12
9	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	11
10	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	9
11	C05	Gaumenkrebs	9
12	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	9
13	C53	Gebärmutterhalskrebs	8
14	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	8
15	C61	Prostatakrebs	8
16	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	6
17	C71	Gehirnkrebs	6
18	C01	Krebs des Zungengrundes	6
19	C08	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter großer Speicheldrüsen	6
20	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	5
21	C57	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter weiblicher Geschlechtsorgane	5
22	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	5
23	C03	Zahnfleischkrebs	4
24	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
25	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-21 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
26	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	< 4
27	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	< 4
28	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	< 4
29	C04	Mundbodenkrebs	< 4
30	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	< 4

## B-21.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	4.204
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	273
3	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	191
4	8-523	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Telekobaltgeräten und Linearbeschleunigern	188
5	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	50
6	8-525	Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes	32
7	8-521	Strahlenbehandlung mit mittelstarker Röntgenstrahlung zur Schmerzbehandlung bzw. zur Behandlung oberflächlicher Tumoren	30
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	27
9	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	26
10	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	17
11	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	10
12	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	5
13	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	5
14	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	< 4
15	8-154	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Organe des Bauchraumes mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
16	8-121	Darmspülung	< 4
17	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4
18	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	< 4
19	1-494	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Organen bzw. Geweben durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-21 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	< 4
21	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	< 4
22	1-859	Sonstige Untersuchung durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	< 4
23	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	< 4

## B-21.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Ambulanz

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

Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V  
Privatambulanz

Ambulante Strahlenbehandlung bei Mammakarzinom, Prostata-Karzinom u. anderen solide Tumoren, multimodale ambulante u. stationäre Therapie v. Hirntumoren, Kopf-Hals-Tumoren, gastrointestinalen Tumoren, urolog. u. gynäkolog. Tumoren, Bronchialkarzinomen, kindlichen Tumorerkrankungen u. Lymphomen

Nr.	Angebote 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.	Angebote Leistung (nach § 116b SGB V)
Anlage 1 Nr. 2:	Brachytherapie
Anlage 3 Nr. 1:	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen

### Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Interdisziplinäre Nachsorgesprechstunde mit ca. 3.500 Patienten/Jahr

## B-21.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-21.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-21 Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie

## B-21.10 Personelle Ausstattung

### B-21.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	13,9	0,03124
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	5,5	0,01236

Alle Angaben in Vollkräften

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
	2 Fachärzte für Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie
AQ58	Strahlentherapie
	5,5 Fachärzte für Strahlentherapie

#### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Keine Angaben

### B-21.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	6,2	0,01393

Alle Angaben in Vollkräften

#### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ07	Onkologische Pflege

#### Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz

### B-21.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-22**

**Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Krieg

**B-22.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name                    Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie  
Klinikdirektor        Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Krieg

Straße                Kerpener Str. 62  
Hausadresse         50937 Köln  
Postadresse          50924 Köln

Telefon              0221 / 478 - 4500  
Telefax              0221 / 478 - 4538

E-Mail                [rosemarie.thielen-schaeffer@uk-koeln.de](mailto:rosemarie.thielen-schaeffer@uk-koeln.de) (Sekretariat)  
Internet             [dermatologie.uk-koeln.de](http://dermatologie.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel    Dermatologie (3400)  
Art                    Hauptabteilung  
                        Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie ist ein integrativer Bestandteil der Universitätsklinik Köln und gewährleistet als einzige dermatologische Klinik in Köln mit dem Auftrag der Maximalversorgung die regionale und überregionale Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, Allergien, sowie phlebologischen Erkrankungen und Wundheilungsstörungen.

Wir sind einer patientenorientierten, kooperativen Krankenversorgung auf internationalem Niveau verpflichtet, die sich auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Disziplinen sowie die Ergebnisse unserer wissenschaftlichen Forschung stützt.

Patienten stehen im Mittelpunkt unseres Handelns.

Allgemeines Ziel unserer Arbeit ist eine kontinuierliche Verbesserung der Krankenversorgung und unserer wissenschaftlichen Leistungen, um nachhaltig eine optimale Behandlung aller Patienten sicherzustellen.

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie verfügt über eine eigene Poliklinik mit unterschiedlichen Spezialambulanzen und Sprechstunden, eine Tagesklinik, sowie drei Stationen mit insgesamt 56 Betten.

Die Poliklinik wird jährlich von ca. 15.000 Patientinnen und Patienten konsultiert. Wenn eine weitere Behandlung notwendig ist, werden diese von der Poliklinik aus auf die unterschiedlichen Stationen, an die Tagesklinik oder die Spezialsprechstunden weitervermittelt.

Die Tagesklinik führt eine teilstationäre Behandlung für Patientinnen und Patienten durch, die nicht der ständigen stationären und ärztlichen Überwachung bedürfen, für die aber eine rein ambulante Behandlung nicht ausreichend wäre.

In unseren Laboratorien arbeiten über 40 wissenschaftliche und forschende Mitarbeiter sowie Doktoranden. Neben klinischen Laborleistungen, wie z. B. histologische, mikrobielle und immunologische Untersuchungen, werden wissenschaftliche Untersuchungen zum Verständnis und zur Therapie von Hautkrankheiten durchgeführt.

## B-22.2 Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VD14	Andrologie
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD15	Dermathistologie
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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 Hautanhängegebilde
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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH19	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomal Anomalien
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßkrankungen
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

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR14	Optische Verfahren: Optische laserbasierte Verfahren
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

## B-22.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-22.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.193
Teilstationäre Fallzahl	868
Anzahl Betten	56
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	14

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

## B-22.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstiger Hautkrebs	323
2	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	187
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	174
4	A46	Wundrose - Erysipel	116
5	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	103



# UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
6	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen - Systemische Sklerose	98
7	L40	Schuppenflechte - Psoriasis	95
8	L30	Sonstige Hautentzündung	72
9	L50	Nesselsucht	71
10	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	69
11	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	68
12	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	67
13	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphigoidkrankheit	56
14	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	48
15	L23	Hautentzündung durch allergische Reaktionen auf Kontaktstoffe	36
16	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	29
17	L73	Sonstige Krankheit im Bereich der Haaransätze (Haarfollikel)	28
18	I83	Krampfadern der Beine	27
19	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	27
20	L94	Sonstige örtlich begrenzte Krankheit des Bindegewebes	27
21	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	23
22	D03	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs - Melanoma in situ	22
23	B86	Kräuze - Skabies	21
24	D04	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Haut	19
25	M33	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Muskulatur und Haut angreift - Dermatomyositis-Polymyositis	18
26	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	14
27	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe - Pemphiguskrankheit	13
28	B00	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Herpesviren	13
29	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	12
30	L51	Hautkrankheit mit scheibenförmigen Rötungen - Kokardenerythem	12

## B-22.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	999
2	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	869
3	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	633



# UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	8-971	Fachübergreifende Behandlung einer Hautkrankheit	479
5	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	429
6	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	394
7	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	253
8	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	211
9	5-902	Freie Hautverpflanzung, Empfängerstelle und Art des Transplantats	208
10	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	178
11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäß	145
12	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	128
13	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	88
14	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	78
15	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	72
16	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	72
17	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hyposensibilisierung	67
18	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	65
19	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	55
20	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	53
21	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	40
22	5-915	Operatives Entfernen von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	34
23	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	30
24	5-183	Wundversorgung am äußeren Ohr	25
25	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	14
26	5-186	Wiederherstellende Operation von Teilen der Ohrmuschel	14
27	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	13
28	5-898	Operation am Nagel	8
29	5-385	Operatives Verfahren zur Entfernung von Krampfadern aus dem Bein	8
30	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	7



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

## B-22.7

## Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Allergieambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

### Autoinflammatorische Erkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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

### Bullöse Dermatosen und Autoimmunerkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

### Dermatologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
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 Hautanhangesgebilde
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 § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

## Genodermatosen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

## Infektiologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

## Laserambulanz

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

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

## Mastozytosesprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie kutaner und systemischer Mastozytosen

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

## Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

## 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 Hautanhangesgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

## Proktologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie analer Erkrankungen

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

## Psoriasissprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten

## STD-Ambulanz/Spezialambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

## Tumorambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

## Wundheilungsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie chronischer Wunden

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

## B-22.8

## Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	143
2	5-902	Freie Hautverpflanzung, Empfängerstelle und Art des Transplantats	< 4
3	5-905	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4
4	5-898	Operation am Nagel	< 4

## B-22.9

## Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-22.10

## Personelle Ausstattung

### B-22.10.1

## Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	29,9	0,01363
Angabe einschließlich Drittmittel-Mitarbeiter		
Davon Fachärztinnen/-ärzte	15	0,00684

Alle Angaben in Vollkräften

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-22 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF04	Andrologie
ZF00	Dermathistologie
ZF06	Dermatologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthерапie
ZF31	Phlebologie
ZF34	Proktologie

**B-22.10.2 Pflegepersonal**

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	35,8	0,01632

Alle Angaben in Vollkräften

**Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen**

Keine Angabe

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistentz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-22.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-23**

**Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische  
Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller

**B-23.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie
Klinikdirektor	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller
Straße	Kerpener Str. 62
Hausadresse	50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Telefon	0221 / 478 - 96555
Telefax	0221 / 478 - 5774
E-Mail	<b>hildegard.quetting@uk-koeln.de</b> (Sekretariat)
Internet	<b>zahnklinik.uk-koeln.de</b>
§-301-Schlüssel	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie (3500)
Art	Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

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

## Tumorchirurgie/Rekonstruktive Chirurgie

Hier findet eine sehr enge Kooperation mit den Kollegen der Klinik für Strahlentherapie statt. Zum chirurgischen 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 Kollegen der Klinik für Kieferorthopädie statt. Des Weiteren bieten wir den niedergelassenen Kollegen im kieferorthopädischen Arbeitskreis die Möglichkeit die Fälle regelmäßig mit uns zu diskutieren. Besonderes Kennzeichen unserer Klinik ist die Anwendung von computer-assistierten Verfahren, der dreidimensionalen Darstellung und von uns entwickelten dreidimensionalen chirurgischen Operationssplinten.

## Plastische Gesichtschirurgie

Unsere Operateure besitzen eine jahrelange Erfahrung im Bereich der ästhetischen Chirurgie. Gesichtsstraffungen, Nasen chirurgie und Lidkorrekturen gehören zum Behandlungsspektrum der Klinik. Die MKG-Oberärzte und der ärztliche Direktor besitzen die Zusatzbezeichnung „Ästhetische und plastische Operationen“.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 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 Volumetromographen und die gezielte Anwendung im Bereich der dentoalveolären Diagnostik und Implantologie. Klinisch bieten wir unseren Patienten ein Gesamtkonzept im Hinblick auf die Schaffung eines suffizienten Knochenangebotes/-lagers durch Distraktion oder Beckenkammtransplantation für die anschließende dentale Implantation an.

### Diagnostik

Die Abteilung besitzt folgende Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik:

DVT, OPG, Zahnfilm, Schädelaufnahmen

Sonographie

## B-23.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA15	Plastische Chirurgie

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Neurochirurgie: Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
VC33	Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC32	Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC26	Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH15	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH13	Nase: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge
VH21	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

## **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen

## **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

## **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde
VZ03	Dentale Implantologie
VZ04	Dentoalveolare 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

## Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VX00	Angeborene Fehlbildungen
VX00	Ästhetische Chirurgie Nasen-chirurgie, Face-Lift
VX00	Computer-assistierte Chirurgie
VX00	Dentoalveolare Chirurgie
VX00	Implantologie
VX00	Kraniofaziale Chirurgie
VX00	Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
VX00	Orthognathic Chirurgie Korrektur von Fehlstellungen der Kiefer
VX00	Präimplantologischer Knochenaufbau Vertikale Alveolarkammdistraktion, Beckenkammtransplantation
VX00	Rekonstruktive Chirurgie Mikrovaskuläre Chirurgie, Freie Gewebslappen
VX00	Röntgendiagnostik Sonographie, DVT, OPG, Zahndiagnose
VX00	Traumatologie im Gesichtsbereich
VX00	Tumorchirurgie im Kopf-Gesichts-Halsbereich

## B-23.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

## B-23.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.584
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

## B-23.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	364
2	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	143
3	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	121
4	C04	Mundbodenkrebs	106
5	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	95
6	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	60
7	C44	Sonstiger Hautkrebs	54



# UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8	C02	Sonstiger Zungenkrebs	47
9	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	38
10	C05	Gaumenkrebs	32
11	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	32
12	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	32
13	C03	Zahnfleischkrebs	27
14	M87	Absterben des Knochens	26
15	K02	Zahnkaries	25
16	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	23
17	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	22
18	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	21
19	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	21
20	K13	Sonstige Krankheit der Lippe bzw. der Mundschleimhaut	20
21	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	15
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	15
23	S01	Offene Wunde des Kopfes	14
24	C01	Krebs des Zungengrundes	13
25	C00	Lippenkrebs	13
26	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	12
27	L90	Hautkrankheit mit Gewebsschwund	10
28	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	9
29	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	8
30	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	8

Oben genannte Tabelle fasst die Hauptdiagnosen der Patienten zusammen, die stationär in unserer Klinik für Mund-Kiefer und Gesichtschirurgie behandelt werden. Die Einteilung, bzw. Aufgliederung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den Leser und Kliniker leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

Entsprechend können wir bei den rein stationären Patienten folgende Hauptdiagnosen zusammenfassen:

1. Frakturen im Kiefer-Gesichtsbereich
2. Abszesse im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3. Tumore in der Mund-Kiefer-Gesichtsregion
4. Atrophie im Bereich der Kiefer (präprothetische Chirurgie)
5. Skelettale Dysgnathie (orthognathe Chirurgie)
6. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
7. Kraniofaziale Fehlbildungen
8. Ästhetische Fehlbildungen im Bereich des Gesichtes



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

## B-23.6

### Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-230	Zahnentfernung	336
2	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	315
3	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	241
4	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	234
5	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	190
6	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	176
7	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	160
8	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	160
9	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	133
10	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	133
11	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges	124
12	5-765	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des hinteren Unterkiefers	95
13	5-166	Operativer Eingriff bzw. wiederherstellende Operation an der Augenhöhle oder des Augapfels	93
14	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	88
15	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	87
16	5-77b	Knochenverpfanzung bzw. -umlagerung an Kiefer- oder Gesichtsschädelknochen	85
17	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpfanzungszwecken	80
18	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	80
19	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	78
20	5-160	Operative Eröffnung der Augenhöhle	73
21	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	73
22	5-249	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern	69
23	5-764	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des vorderen Unterkiefers	68
24	5-858	Entnahme bzw. Verpfanzung von Muskeln, Sehnen oder ihren Hüllen mit operativer Vereinigung kleiner Gefäße	62
25	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	62
26	5-776	Operative Durchtrennung von Knochen zur Verlagerung des Untergesichts	59
27	5-777	Operative Durchtrennung zur Verlagerung des Mittelgesichts	54
28	5-277	Operative Entfernung des Mundbodens mit Wiederherstellung	52



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
29	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	51
30	5-316	Wiederherstellende Operation an der Luftröhre	51

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

Entsprechend wurden bei den rein stationären Patienten in absteigender Reihenfolge die aufgeführten Eingriffe am häufigsten durchgeführt:

1. Versorgung von Frakturen im Kiefer-Gesichtsbereich
2. Behandlung von Abszessen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3. Tumorexzision und Rekonstruktion von Tumoren in der Mund-Kiefer-Gesichtsregion
4. Präprothetische Chirurgie, Rekonstruktion von atrophierten Kiefern mittels Beckenknochen
5. Mono- und bimaxilläre Umstellungosteotomien, incl. Genioplastiken
6. Verschluss bzw. Rekonstruktion von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
7. Korrigierende Eingriffe bei kraniofazialen Fehlbildungen
8. Korrektur von ästhetischen Fehlbildungen im Bereich des Gesichtes

## B-23.7

### 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 Orthognathic 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

## Ambulanz für Tumornachsorge im Kopf-/Halsbereich

Privatambulanz

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

## Ambulanz und Sprechstunde für Craniofaziale Chirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Privatambulanz

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

## B-23.8

## Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	345
2	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	130
3	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	62
4	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	11
5	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	7
6	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	6
7	5-245	Zahnfreilegung	6
8	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	5
9	5-902	Freie Hautverpflanzung[ Empfängerstelle und Art des Transplantats]	4
10	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	4
11	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 4
12	5-276	Operative Korrektur einer (angeborenen) Lippenpalte bzw. Lippen-Kieferspalte	< 4
13	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speichelrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
14	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	< 4
15	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4
16	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	< 4
17	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	< 4

Oben genannte Tabelle fasst die therapeutischen Eingriffe im Rahmen von ambulanten Operationen zusammen. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den Leser und Kliniker leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

In unserer Abteilung wurden im Jahr 2006 ca. 1300 stationär ambulante Operationen, sowie 2000 operative Eingriffe in Lokalanästhesie ohne stationäre Verweildauer durchgeführt. Entsprechend wurden in absteigender Reihenfolge die aufgeführten Eingriffe am häufigsten durchgeführt:

1. Osteotomie von retinierten Weisheitszähnen
2. Zahnsanierungen
3. Metallentfernungen nach Umstellungsosteotomien bzw. Traumatologie
4. Präprothetische Chirurgie, Rekonstruktion von atrophierten Kiefern mittels Beckenknochen
5. Traumatologie
6. Ästhetische Chirurgie

## **B-23.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft**

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

## **B-23.10 Personelle Ausstattung**

### **B-23.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	17	0,01073
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	9	0,00568

Alle Angaben in Vollkräften

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
AQ66	Oralchirurgie
AQ64	Zahnmedizin

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF02	Akupunktur
ZF13	Homöopathie
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF27	Naturheilverfahren
ZF33	Plastische Operationen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-23 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

## B-23.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	1	0,00063
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	22,1	0,01395
Pflegeassistenten/-assistentinnen	2 Jahre	2	0,00126

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Keine Angabe

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

## B-23.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-24**

**Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin**



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

**B-24.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin  
Klinikdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4807

Telefax 0221 / 478 - 6093

E-Mail **bernd.boettiger@uk-koeln.de**

Internet **anaesthesia.uk-koeln.de**

§-301-Schlüssel Sonstige Fachabteilung (3600)

Art Hauptabteilung



## Kurzportrait

Die Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin betreuen jährlich mehr als 35.000 Patienten während ihrer Behandlung in der Uniklinik Köln. Der Schwerpunkt der anästhesiologischen Tätigkeit liegt dabei in der Optimierung der perioperativen Betreuung. Patienten werden in enger Kooperation mit den operativen Kliniken sorgfältig auf die Operation vorbereitet. Während der Operation kommen modernste Verfahren zur Durchführung und Überwachung der individuell angepassten Narkose zum Einsatz. Nach der Operation findet die Weiterbetreuung auf der Intensivstation, im Aufwachraum und auch auf der Normalstation statt. Ziel ist dabei eine rasche Erholung von der Operation und die Vorbeugung von Komplikationen. Dabei ist eine konsequente Schmerzbehandlung von zentraler Bedeutung. Bei der operativen und diagnostischen Versorgung von Unfall- und anderen Notfallpatienten stehen alle Möglichkeiten einer Uniklinik zur Verfügung.

Die Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin bietet alle gängigen Verfahren der Allgemeinanästhesie und Regionalanästhesie an (oft auch in Kombination).

Das Leistungsspektrum reicht dabei von kleinen Eingriffen im ambulanten Bereich bis zu hoch spezialisierten Operationen mit komplexen Überwachungsverfahren, wie z. B. in der Herz- und Neurochirurgie. Für Eingriffe mit starken Schmerzen werden spezielle Verfahren zur Schmerzlinderung eingesetzt, die durch einen Akutschmerzdienst durchgängig betreut werden. Patienten mit chronischen Schmerzen werden vom Schmerzzentrum der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin sowohl im Klinikum, als auch ambulant mit einem überregionalen Einzugsgebiet betreut.

Das Engagement der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin in Lehre und Forschung gewährleistet diese Versorgung auf höchstem medizinischem und wissenschaftlichem Niveau und Ausbildungsstand.

## B-24.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
	Operative Intensivmedizin unter anästhesiologischer Leitung

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VI40	Schmerztherapie
	Schmerzzentrum

### Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

### **B-24.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

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

### **B-24.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

Vollstationäre Fallzahl 241

Teilstationäre Fallzahl 0

Anzahl Betten 24

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

### **B-24.5 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	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	11
4	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	11
5	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	6
6	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	6
7	S27	Verletzung sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe im Brustkorb	6
8	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	5
9	I21	Akuter Herzinfarkt	4
10	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	4

### **B-24.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS**

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	2.645
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	2.048
3	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	2.012
4	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.379
5	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	966
6	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	957
7	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	835



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	729
9	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	715
10	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	227

## B-24.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Anästhesiesprechstunde Orthopädie

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

### Anästhesiesprechstunde zentrale OP-Bereiche

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

### Anästhesiesprechstunde HNO- und Augenklinik

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

### Privatambulanz

Privatambulanz

### Schmerzzentrum

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Behandlung von akuten und chronischen Schmerzsyndromen

## B-24.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-24.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

## B-24.10 Personelle Ausstattung

### B-24.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	99	0,41079
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	54,1	0,22448

Alle Angaben in Vollkräften

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeine Chirurgie
AQ01	Anästhesiologie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF28	Notfallmedizin
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

### B-24.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen	3 Jahre	4,6	0,01909
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	133,6	0,55436

Alle Angaben in Vollkräften

### Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-24 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

**Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen**

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP12	Praxisanleitung
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten

**B-24.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-25                    Zentrum für Palliativmedizin**



Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz

**B-25.1                Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name                    Zentrum für Palliativmedizin  
Klinikdirektor        Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz

Straße                Kerpener Str. 62  
Hausadresse         50937 Köln  
Postadresse          50924 Köln

Telefon               0221 / 478 - 3361  
Telefax               0221 / 478 - 87579

E-Mail                [raymond.voltz@uk-koeln.de](mailto:raymond.voltz@uk-koeln.de)  
Internet              [palliativzentrum.uk-koeln.de](http://palliativzentrum.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel    Palliativmedizin (3752)  
Art                    Besondere Einrichtung  
                          Poliklinik oder Ambulanz vorhanden



## Kurzportrait

Das Zentrum für Palliativmedizin im Dr.-Mildred-Scheel-Haus bietet Unterstützung für Patienten mit unheilbaren fortschreitenden Erkrankungen. Eine optimale symptomorientierte Behandlung ist die Voraussetzung dafür, die verbleibende Lebenszeit möglichst gut zu gestalten.

Wir bieten die stationäre palliativmedizinische Behandlung auf der Palliativstation im Dr.-Mildred-Scheel Haus, die beratende Mitbetreuung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst auf den Stationen der Uniklinik, die allgemeine ambulante Palliativversorgung in den Ambulanzen durch das MVZ und die Versorgung im häuslichen Umfeld durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) mit einem ärztlich/pflegerischen Palliative Care Team.

Die Palliativversorgung erfolgt im multiprofessionellen Team durch Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, qualifiziertem Pflegepersonal und weiteren qualifizierten Berufsgruppen wie Psychologen, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Physiotherapeuten sowie besonders geschulten Ehrenamtlichen. Die Arbeit des Teams orientiert sich primär an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen.

Mehr Informationen zu den Angeboten und Aktivitäten der Klinik finden Sie unter [palliativzentrum.uk-koeln.de](http://palliativzentrum.uk-koeln.de).

## B-25.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
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.	Versorgungsschwerpunkte
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.	Versorgungsschwerpunkte
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.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Sektorenübergreifende spezialisierte Palliativversorgung

## B-25.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

#### Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen

#### Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal



## B-25.4 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	351	
Teilstationäre Fallzahl	0	
Anzahl Betten	15	
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)	194 Fälle	
Palliativmedizinischer Konsiliardienst	858 Fälle	
- davon ZE60 Palliativmediz. Komplexbehandl. (OPS 8-982)	396 Fälle	

## B-25.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	84
2	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	33
3	C50	Brustkrebs	31
4	C15	Speiseröhrenkrebs	16
5	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	12
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	11
7	C16	Magenkrebs	11
8	C61	Prostatakrebs	11
9	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	10
10	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	10
11	C43	Schwarzer Hautkrebs - Malignes Melanom	10
12	C71	Gehirnkrebs	9
13	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	9
14	C56	Eierstockkrebs	7
15	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	7
16	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	6
17	G12	Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung	5
18	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	5
19	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichtalgewebe wie Muskel oder Knorpel	4
20	C45	Bindegewebskrebs von Brustfell (Pleura), Bauchfell (Peritoneum) oder Herzbeutel (Perikard) - Mesotheliom	< 4
21	C55	Gebärmutterkrebs, genauer Ort vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
22	C67	Harnblasenkrebs	< 4
23	C32	Kehlkopfkrebs	< 4
24	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	< 4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-25 Zentrum für Palliativmedizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
25	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	< 4
26	C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	< 4
27	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
28	C04	Mundbodenkrebs	< 4
29	C65	Nierenbeckenkrebs	< 4
30	C44	Sonstiger Hautkrebs	< 4

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

## B-25.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung *	313
2	8-982	Fachübergreifende Sterbegleitung **	294
3	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	< 4

\* = OPS-Code 8-98e erst ab 01.01.2014 abrechnungsrelevant

\*\* = Palliativmedizinische Komplexbehandlung

## B-25.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Allgemeinmedizin/Palliativmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum der Uniklinik Köln, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gem. §§ 37b und 132d SGB V

## B-25.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-25.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-25.10 Personelle Ausstattung

### B-25.10.1 Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,3	0,03219
Davon Fachärztinnen/-ärzte	10,8	0,03077

Alle Angaben in Vollkräften



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-25 Zentrum für Palliativmedizin

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

## Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF30	Palliativmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung
ZF46	Tropenmedizin

## B-25.10.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungsdauer	Anzahl	pro Fall
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	3 Jahre	26	0,07407

Alle Angaben in Vollkräften

## Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ07	Onkologische Pflege

## Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP12	Praxisanleitung
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistentenz
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberater und Wundexperten



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-25 Zentrum für Palliativmedizin

**B-25.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	pro Fall
SP23	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen	1,5	0,00427

Alle Angaben in Vollkräften



**B-26**

**Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik**



Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz

**B-26.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name                    Institut für Radiologische Diagnostik

Institutsdirektor    Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz

Straße                Kerpener Str. 62

Hausadresse         50937 Köln

Postadresse         50924 Köln

Telefon               0221 / 478 - 4200

Telefax               0221 / 478 - 6787

E-Mail                [david.maintz@uk-koeln.de](mailto:david.maintz@uk-koeln.de)

Internet              [radiologie.uk-koeln.de](http://radiologie.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel    Radiologie (3751)

Art                    Nicht bettenführende Fachabteilung



## Kurzportrait

Das Radiologische Institut ist für die bildgebende Diagnostik und radiologisch-interventionelle Versorgung aller stationären und ambulanten Patienten der Uniklinik Köln verantwortlich. Wegen der dezentralen Klinikstruktur finden sich Funktionsbereiche auf der Ebene 06 des Bettenhauses, in der Notfallaufnahme, der Neurologie, der Kinderklinik, der Orthopädie, der MR-Tomographie und der Neurostereotaktischen Operationseinheit. In Kooperation mit dem RZK wird im Herzzentrum ein Dual-Source-CT betrieben.

Das Radiologische Institut bietet den pädiatrischen und erwachsenen Patienten des Klinikums im ambulanten und stationären Versorgungsbereich eine optimale, modernen Qualitätsansprüchen genügende Diagnostik und bildgestützte Therapie praktisch aller Erkrankungen. Hervorzuheben sind die Mammadiagnostik (Röntgen-Mammographien, MR-Mammographien, Mamma-Sonographie, Röntgenstereotaktische und MR-gesteuerte Biopsie-Entnahmen der Brust), die Herz- und Gefäßdiagnostik (CT-Koronarangiographie, MRT des Herzens, fabkodierte Duplex-Sonographie, CT-Angiographie und MR-Angiographie), die allgemeine- sowie die neuroradiologisch-interventionelle Behandlung von Gefäßerkrankungen mittels perkutaner transluminaler Gefäßrekanalisationen, Stentimplantationen, Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen sowie der endovaskulären Schlaganfallbehandlung, ferner die Diagnostik und minimal-invasive Therapie von Tumoren durch Chemo-perfusion, Chemoembolisation und Radiofrequenzablationen. Hierzu stehen unter anderem eine digitale Flachdetektor-Mammographie-Anlage, ein Mammotom, zwei modernste CT-Anlagen mit 256- und 64 Detektorkränen und eine 6-zeilige CT-Anlage sowie ein offener 1,0 Tesla MR-Tomograph, ein 3,0 Tesla MR-Tomograph und drei 1,5 Tesla MR-Tomographen zur Verfügung. Mit dem für das Geschäftsjahr 2014 geplanten Umzug der Radiologie in den Neubau UB-West werden dem Institut zwei neue, modernste CT-Anlagen mit 256-Detektorzeilen, vier neue MR-Tomographen von 1,5 Tesla (1Anlage) und 3,0 Tesla Magnetfeldstärke (3 Geräte), eine hauptsächlich für neuroradiologische Interventionen genutzte 2-Ebenen-Angiographie-Anlage und eine für allgemeinradiologische Interventionen ausgelegte 1-Ebenen-Angiographie zur Verfügung stehen. Die genannten Systeme werden mit allen gerätetechnischen Optionen für die diagnostische und interventionellradiologische Krankenversorgung sowie für die Forschung auf höchstem universitären Niveau ausgestattet sein.

Die Abläufe werden durch die informationstechnologische Infrastruktur (modernes elektronisches Krankenhaus- und Radiologie-Informationssystem, neues elektronisches Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem für das Gesamtklinikum) und durch die stetige Optimierung und Weiterentwicklung von Standard Operation Procedures (SOPs) für häufige diagnostische und minimal-invasive interventionelle Maßnahmen bestimmt.

Die Forschungsschwerpunkte des Radiologischen Institutes liegen im kardiovaskulären, im onkologischen, im muskuloskeletalen und im neurowissenschaftlichen Bereich. Letzterer ist in Form einer Sektion strukturiert und versorgt klinisch die Neurofächer, wobei eine interventionelle Ausrichtung besteht und hier Klinik und wissenschaftliche Tätigkeiten eng verzahnt sind. In 2011 wurden in der Sektion jeweils über 100 mechanische Thrombektomien beim ischämischen Schlaganfall und endovaskuläre Aneurysmabehandlungen durchgeführt. Erstmals wurden auch innovative Verfahren wie endoluminale und intraaneurysmale Flussteiler in die Routine aufgenommen.



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. Neue Methoden der interventionellen Schlaganfalltherapie und der interventionellen Therapie von vaskulären Fehlbildungen sowie der interventionell-angiographischen Tumortherapie werden kontinuierlich u. a. in Kooperation mit der Klinik für Nuklearmedizin (SIRT-Therapie, Beginn 2012 mit der Berufung von Herrn Univ.-Prof. Dr. D. Maintz als Institutedirektor) eingeführt und wissenschaftlich untersucht. Auf dem senologischen Sektor werden der diagnostische Stellenwert modernster röntgen-mammographischer 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 Tumortherapie.

Zusammenfassend wird durch die Synergie einer modernen, alle derzeit möglichen Fragestellungen abdeckenden Gerätetechnologie, einer komplex strukturierten elektronischen Informationstechnologie, der stetigen Verbesserung der Untersuchungs- und Interventionstechniken basierend auf den Kriterien der Evidence Based Medicine und der wissenschaftlichen Studien und Forschungsarbeiten von den Mitarbeitern des Radiologischen Institutes eine medizinisch effektive, diagnostische und interventionell-radiologische Versorgung der Patienten des Klinikums gewährleistet.

## B-26.2 Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR46	Allgemein: Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie
VR42	Allgemein: Kinderradiologie
VR43	Allgemein: Neuroradiologie
VR40	Allgemein: Spezialsprechstunde
VR44	Allgemein: Teleradiologie
VR47	Allgemein: Tumorembolisation
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichthymessung (alle Verfahren)
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR17	Darstellung des Gefäßsystems: Lymphographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie



Nr.	Versorgungsschwerpunkte
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern

## B-26.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße

## B-26.4 Fallzahlen der Fachabteilung

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

## B-26.5 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

## B-26.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	6.750
2	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	2.960
3	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	2.856
4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.450
5	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	1.974



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-26 Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	1.803
7	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1.607
8	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	1.018
9	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	995
10	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	860

- Röntgenmammographien
- MR-Mammographien
- Pädiatrische Schädelsonographien
- Ganz-Körper-MR-Tomographien
- Coiling von Hirnaneurysmen
- Coiling/Verschluß von peripheren Aneurysmen
- minimal-invasive Rekanalisation von hirnversorgenden Arterien
- minimal-invasive Rekanalisation von Extremitätenarterien
- Chemoperfusion von Tumoren
- Chemoembolisation von Tumoren
- CT-gesteuerte PRT-Perkutane Radikuläre Therapie
- CT- gesteuerte Radiofrequenzablationen
- Röntgensterotaktische Mammabiopsien
- MR-gesteuerte Mammabiopsien
- Ganzkörper-MR-Tomographien

## B-26.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Kinderradiologie

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

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	303
2	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	12
3	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	8
4	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	< 4
5	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	< 4
6	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	< 4

## B-26.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-26 Institut und Poliklinik für Radiologische Diagnostik

## **B-26.10 Personelle Ausstattung**

### **B-26.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	36	-
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	16,5	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen**

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

### **B-26.10.2 Pflegepersonal**

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

### **B-26.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-27**

**Transfusionsmedizin**



Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Gathof

**B-27.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name Transfusionsmedizin

Institutsdirektor Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Gathof

Straße Kerpener Str. 62

Hausadresse 50937 Köln

Postadresse 50924 Köln

Telefon 0221 / 478 - 4869

Telefax 0221 / 478 - 6179

E-Mail **[birgit.gathof@uk-koeln.de](mailto:birgit.gathof@uk-koeln.de)**

Internet **[transfusionsmedizin.uk-koeln.de](http://transfusionsmedizin.uk-koeln.de)**

§-301-Schlüssel Sonstige Fachabteilung II (3790)

Art Nicht bettenführende Fachabteilung



## Kurzportrait

Die Transfusionsmedizin versorgt die Patienten der Uniklinik, verschiedener Nachbarkrankenhäuser, sowie Praxen mit Blutkomponenten, transfusionsmedizinischen, immunhämatologischen und hämostaseologischen Leistungen. Sie unterstützt mit ihrem umfangreichen arzneimittelrechtlichen Wissen ebenso die Zell- und Gewebetherapie. Hierfür ist ein umfangreiches Qualitätsmanagementsystem etabliert. Dies gewährleistet die Sicherheit der Hämotherapie (Behandlung mit Blut und Blutprodukten), Zell- und Gewebetherapie auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik.

Im Blutspendebereich erfolgen jährlich ca. 32.000 Vollblutspenden von ca. 16.000 Blutspendern. Die jeweils 500 ml Blut werden in die Bestandteile rote Blutkörperchen, Plasma und Blutplättchen aufgetrennt. Mittels Apherese werden Spezialpräparate, z. B. jährlich mehr als 7000 Blutplättchen-, Erythrozyten- und Blutstammzellenkonzentrate, hergestellt. Diese Blutpräparationen gelten als Arzneimittel und werden einzeln oder in Kombination am Patienten angewendet. Mit dem GMP-Labor ist in der Transfusionsmedizin ein besonders qualifizierter Herstellungsbereich für Blut- und Zellpräparationen verfügbar.

Jede Fremdblutspende wird vor Freigabe auf die Krankheitserreger Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Parvovirus B19 und Syphilis getestet. Das „Restrisiko“ der Übertragung (im Test noch nicht erkennbarer, sehr frischen Infektionen) ist sehr gering: unter 1 zu 5 Millionen für HIV; unter 1 zu 300.000 für Hepatitis. Hierdurch hat die Eigenblutspende (ca. 100/J) vor planbaren Operationen an Bedeutung verloren. Neuerdings werden Eigenserumaugentropfen aus Eigenblut für Patienten mit therapieresistenten Hornhautdefekten hergestellt.

Forschungsschwerpunkt der Transfusionsmedizin ist die sicherere Herstellung und Anwendung von Blut- und Zellpräparationen.

Besonderer Dank gilt den gesunden Menschen (Bevölkerung aus den umliegenden Stadtvierteln, Studenten, Patientenangehörige, Mitarbeiter des Klinikums), die mit ihren Spenden erst intensive Tumortherapien, Blutstammzelltransplantationen oder große Operationen (z. B. mit der Herz-Lungenmaschine) möglich machen.

## B-27.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäß und der Lymphknoten
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI00	Hämostaseologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-27 Transfusionsmedizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin
VI20	Intensivmedizin
VI45	Stammzelltransplantation
VI42	Transfusionsmedizin

### **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie**

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen

### **B-27.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

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

### **B-27.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

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

### **B-27.5 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-27.6 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	7.179
2	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	1.814
3	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut	12
4	8-802	Übertragung (Transfusion) von weißen Blutkörperchen von einem Spender	< 4

Die angegebene Anzahl zum OPS gibt die Anzahl der Patienten wieder, die gegebenenfalls mehrere Einheiten von Blutkomponenten erhalten haben. Pro Fall wird deren Anzahl mit einem OPS-Schlüssel in der weiteren Differenzierung (z. B. „8-800.70 Erythrozytenkonzentrat 16 TE bis unter 24 TE, TE = Transfusionseinheit“) kodiert. Die OPS-Schlüssel werden hier auf der vierstelligen Ebene zusammengefasst dargestellt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-27 Transfusionsmedizin

## B-27.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Eigenblutspende, Transfusionsmedizin

Sonstiges: Blutspendezentrale  
Privatambulanz

Immunhämatologische, transfusionsmedizinische, hämostaseologische Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI42	Transfusionsmedizin

## B-27.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-27.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-27.10 Personelle Ausstattung

### Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	9,3	-
Davon Fachärztinnen/-ärzte	5	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ59	Transfusionsmedizin

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF11	Hämostaseologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-27 Transfusionsmedizin

**B-27.10.2 Pflegepersonal**

In der Transfusionsmedizin wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

**B-27.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



## B-28

## Institut für Pharmakologie



Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Herzig

### B-28.1

### Name und Kontaktdaten der Fachabteilung

Name	Institut für Pharmakologie
Institutsdirektor (z. Z. beurlaubt)	Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig
Kommissarischer Institutsdirektor	Univ.-Prof. Dr. med. Stefan Herzig
Straße	Gleueler Str. 24
Hausadresse	50931 Köln
Postadresse	50924 Köln
Telefon	0221 / 478 - 6053
Telefax	0221 / 478 - 5022
E-Mail	<b>stefan.herzig@uk-koeln.de</b>
Internet	<b>pharmakologie.uk-koeln.de</b>
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791)
Art	Nicht bettenführende Fachabteilung



## Kurzportrait

Die Pharmakologie ist eine medizinische Fachrichtung. Sie untersucht die Wechselwirkungen von Stoffen und Lebewesen. Hierunter fallen insbesondere Arzneimittel, die eine wichtige Rolle in der modernen Medizin spielen, aber auch Giftstoffe.

### Arzneimittelinformationsdienst

Unser Arzneimittelinformationsdienst beantwortet Fragen zu Arzneimitteln. Bitte wenden Sie sich an das Sekretariat von Professor Herzig. Von dort werden Sie mit einem kompetenten Facharzt oder Fachapotheker aus unserem Haus verbunden, der Ihre Fragen beantworten wird. Gerne können Sie sich auch per e-mail an uns wenden.

Sekretariat Prof. Dr. med. S. Herzig  
+49 (0)221 478-88729  
[Arzneimittel-Info@uk-koeln.de](mailto:Arzneimittel-Info@uk-koeln.de)

## B-28.2

## Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
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 Ärzten und Patienten kommen. Des weiteren kooperiert dieser Bereich mit verschiedenen Kliniken und Arbeitsgruppen

### Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- Interne und externe Qualitätskontrolle des Therapeutischen Drug Monitoring (TDM)
- Basierend auf „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“, sowie Teilnahme seit 1976 an Ringversuchen
- Qualitätskontrolle bei Messungen außerhalb des TDM
- Validierung von Analysenmethoden basierend: „Guidance for Industry: Bioanalytical Method Validation“
- Qualitätskontrolle bei der Durchführung von Klinischen Studien:
- Richtlinien zur Good Clinical Practice (GCP)
- Arzneimittelkommission:
- Leitung und Geschäftsführung der Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln wird durch Mitglieder des Instituts für Pharmakologie wahrgenommen.
- Mitarbeit des Instituts für Pharmakologie bei der Qualitätssicherung außerhalb des Instituts:



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-28 Institut für Pharmakologie

- Leitlinienkommission des Klinikums, Leitlinien-Clearing-Bericht „Schmerztherapie bei Tumorpatienten“ der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung, Therapierichtlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie e.V.

### **B-28.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

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

### **B-28.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

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

### **B-28.5 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-28.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS**

Leistungen der Pharmakologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

### **B-28.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Keine Angabe

### **B-28.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

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

### **B-28.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft**

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

### **B-28.10 Personelle Ausstattung**

#### **B-28.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	7,1	-
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	4,3	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ47	Klinische Pharmakologie
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-28 Institut für Pharmakologie

**Facharztqualifikation Klinische Pharmakologie/Pharmakologie und Toxikologie**

Das Weiterbildungsprogramm sieht eine 5-jährige Weiterbildungszeit vor, von denen ein Jahr in einem Bereich der unmittelbaren Patientenversorgung, sowie jeweils mindestens ein Jahr im Bereich experimentelle Pharmakologie/Toxikologie und im Bereich Klinische Pharmakologie, davon mindestens ein halbes Jahr im Einsatzgebiet der Probandenstation (Klinische Studien) und im Einsatzgebiet des Labors für Klinisch-Pharmakologische Dienstleistungen (TDM) absolviert wird.

**B-28.10.2 Pflegepersonal**

Im Institut für Pharmakologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

**B-28.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-29                    Institut für Klinische Chemie**



Dr. Thomas Streichert

**B-29.1                Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name                    Institut für Klinische Chemie

Institutsdirektor      PD Dr. med. Thomas Streichert

Straße                Kerpener Str. 62

Hausadresse          50937 Köln

Postadresse          50924 Köln

Telefon                0221 / 478 - 4460

Telefax                0221 / 478 - 5273

E-Mail                 [thomas.streichert@uk-koeln.de](mailto:thomas.streichert@uk-koeln.de)

Internet               [klinische-chemie.uk-koeln.de](http://klinische-chemie.uk-koeln.de)

§-301-Schlüssel      Sonstige Fachabteilung III (3791)

Art                      Nicht bettenführende Fachabteilung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-29 Institut für Klinische Chemie

## Kurzportrait

Das Institut für Klinische Chemie bietet als Zentrallabor ein umfassendes Spektrum der Laboranalytik aus den Bereichen Klinische Chemie, Hämatologie, Hämostaseologie, Endokrinologie, Immunologie, Liquoranalytik, spezielle Stoffwechseldiagnostik und Molekularbiologie an.

Das Zentrallabor hat sich einem umfassenden Qualitätsmanagement verschrieben und ist seit 2008 nach der Norm DIN EN ISO 15189:2007 Medizinische Laboratorien - Besondere Anforderungen an die Qualität und Kompetenz - akkreditiert. Im selben Jahr ist auch der Bereich Patientennahe Sofortdiagnostik (POCT) der Uniklinik Köln, der unter der Verantwortung des Zentrallabors steht, nach der Norm DIN EN ISO 22870:2006 akkreditiert worden.

## B-29.2 Medizinische Leistungsangebote

### Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen
VX00	Klinische Chemie und Immunchemie Umfassendes klinisch-chemisches und immunchemisches Analysespektrum in Blut, Liquor und Urin
VX00	Umfassende Notfallanalytik Täglich rund um die Uhr verfügbare Analytik und Beratung durch Arzt/ Naturwissenschaftler
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	Hämatologie Bestimmung von Blut- und Differentialblutbildern sowie der manuellen und digitalen Mikroskopie zur Diagnose, Verlaufs- und Therapiekontrolle von benignen und malignen Erkrankungen des Bluts
VX00	Hämostaseologie Bestimmungen zur Abklärung einer angeborenen oder erworbenen plasmatischen Gerinnungsstörung (Blutungsneigung/Thrombophilie) und der Wirkung von Antikoagulantien. Orientierende Analytik der primären Hämostase
VX00	Toxikologische Notfallanalytik Bestimmung der gängigen Substanzen, die zu Intoxikationen führen (Ethanol, Drogenscreening im Urin, Paracetamol), Bestimmung von Met- und Carboxyhämoglobin
VX00	Molekulare Diagnostik Bestimmung von genetischen Merkmalen zur Abschätzung des Risikos für Bluterinnungsstörungen, Eisen-, Fettstoffwechselstörungen sowie UGT1-Polymorphismus-, HLA-B27 - und Cystische Fibrose-Screening
VX00	Therapeutisches Drug Monitoring Bestimmung von Medikamenten oder Metaboliten zur Therapiekontrolle (u.a. Immunsuppressiva, Herzglykoside, Antidepressiva, Antiepileptika)



Nr.	Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen
VX00	Flow-Cytometry Monitoring zellulärer Immundefekte (CD4-Zahl, CD4/8 Ratio bei HIV-Infektion), Quantifizierung von Lymphozytentypenpopulationen (zellulärer Immunstatus), Quantifizierung hämatopoetischer CD34 Progenitorzellen zur Stammzelltransplantation, monozytäre HLA-DR-Expression zur Immunkompetenzbeurteilung
VX00	Liquordiagnostik Basisdiagnostik zur Beurteilung von Notfällen und erweiterte Diagnostik (Schrankenfunktion, intrathekale Immunglobulin-synthesen, Zytologie, Tumormarker) zur Beurteilung akuter und chronischer Entzündungen, Blutungen, Hinweis auf Malignome
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	Stoffwechseldiagnostik Bestimmung der proteinogenen Aminosäuren (inkl. Phenylalanin zur PKU-Verlaufskontrolle u. verzweigkettige Aminosäuren zur Verlaufskontrolle bei MSUD), Bestimmung stoffwechselrelevanter Spurenelemente (Cu, Zn)
VX00	POCT Qualitätssicherung in der POCT-Analytik

### B-29.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

### B-29.4 Fallzahlen der Fachabteilung

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

### B-29.5 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-29.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen des Zentral-Labors können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

### B-29.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

### B-29.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

### B-29.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-29 Institut für Klinische Chemie

## **B-29.10 Personelle Ausstattung**

### **B-29.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	5,9	-
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	4,2	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ05	Biochemie
AQ38	Laboratoriumsmedizin

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen**

Keine Angabe

### **B-29.10.2 Pflegepersonal**

Im Institut für Klinische Chemie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

### **B-29.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-30            Institut für Pathologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

**B-30.1        Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name              Institut für Pathologie  
Institutsdirektor    Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

Straße            Kerpener Str. 62  
Hausadresse      50937 Köln  
Postadresse       50924 Köln

Telefon           0221 / 478 - 6320  
Telefax           0221 / 478 - 6360

E-Mail             [reinhard.buettner@uk-koeln.de](mailto:reinhard.buettner@uk-koeln.de)  
Internet          [pathologie-neuropathologie.uk-koeln.de/institut-fuer-pathologie](http://pathologie-neuropathologie.uk-koeln.de/institut-fuer-pathologie)

§-301-Schlüssel   Sonstige Fachabteilung IV (3792)  
Art                Nicht bettenführende Fachabteilung



### **Kurzportrait**

Das Institut für Pathologie, geleitet von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner ist nach DIN EN ISO/IEC 17020:2004 akkreditiert und seit 2012 als GCP-Labor (Good Clinical Practice) zertifiziert.

Zur Zeit sind 93 Mitarbeiter beschäftigt, darunter 15 Fachärzte für Pathologie und 8 Weiterbildungsassistenten. Pro Jahr werden aktuell 40.000 pathologische Analysen bearbeitet, darunter auch Zytologien, Schnellschnittpräparate verschiedener Standorte und Präparate mit molekularpathologischen Fragestellungen. Das Institut fungiert als Referenzzentrum für Weichgewebstumoren und Leberpathologie. In diesem Rahmen werden Präparate zur konsiliarpathologischen Zusatzuntersuchung übersandt. Daneben werden durch das Institut diverse Organzentren der Universitätsklinik und auch externer Krankenhäuser betreut.

In der Abteilung für Molekularpathologische Diagnostik werden im laufenden Jahr ca. 6000 Fälle sowohl mit PCR-basierten Methoden, als auch durch Fluoreszenz in situ Hybridisierung untersucht. Zu den Einsendern gehören pathologische Institute im gesamten deutschsprachigen Raum.

Das Angebot wird ergänzt durch Fortbildungsmaßnahmen für Pathologen, Naturwissenschaftler und technische Angestellte in Zusammenarbeit mit der Internationalen Akademie für Pathologie und verschiedenen Industrieunternehmen. Das Institut ist zudem als Referenziuinstitut an der Ausrichtung verschiedener molekularpathologischer QuiP-Ringversuche beteiligt.

#### **B-30.2 Medizinische Leistungsangebote**

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

#### **B-30.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

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

#### **B-30.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

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

#### **B-30.5 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-30.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS**

Leistungen der Pathologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

#### **B-30.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

#### **B-30.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-30 Institut für Pathologie

**B-30.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-30.10 Personelle Ausstattung**

**B-30.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	23,5	-
Davon Fachärztinnen/-ärzte	15	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Zusätzlich 1 Molekularbiologe

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen**

Keine Angabe

**B-30.10.2 Pflegepersonal**

Im Institut für Pathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

**B-30.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-31            Institut für Neuropathologie**



Univ.-Prof. Dr. med. Martina Deckert

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

Name              Institut für Neuropathologie  
Institutsdirektor    Univ.-Prof. Dr. med. Martina Deckert

Straße            Kerpener Str. 62  
Hausadresse      50937 Köln  
Postadresse       50924 Köln

Telefon           0221 / 478 - 5265  
Telefax           0221 / 478 - 7237

E-Mail            [neuropatho@uni-koeln.de](mailto:neuropatho@uni-koeln.de)  
Internet          [pathologie-neuropathologie.uk-koeln.de/institut-fuer-neuropathologie](http://pathologie-neuropathologie.uk-koeln.de/institut-fuer-neuropathologie)

§-301-Schlüssel   Sonstige Fachabteilung IV (3792)  
Art                Nicht bettenführende Fachabteilung



## **Kurzportrait**

Das Institut für Neuropathologie untersucht das gesamte Spektrum der Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Dazu steht ein breites Panel zahlreicher morphologischer, immunhistochemischer und enzymhistochemischer Techniken an zu diagnostischen Zwecken entnommenen Gewebeproben zur Verfügung.

Das Ziel der Untersuchungen ist die Diagnosestellung und Klassifikation von Tumoren, autoimmunen und infektiösen Entzündungen und degenerativen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Dazu werden Gewebeproben im Rahmen neurochirurgischer und stereotaktischer Interventionen entnommen. Des Weiteren werden Gewebeproben bei Bandscheibenvorfällen und Erkrankungen der Wirbelsäule, Skelettmuskel-, Nerven-, Haut- und Dickdarmbiopsien (bei Verdacht auf Aganglionose) sowie Liquor-Proben untersucht.

Zunehmend halten molekularbiologische Methoden Einzug in die diagnostische Neuropathologie, die vor allem in der Diagnostik und Therapie glialer Tumoren und primärer Lymphome des Zentralnervensystems von Bedeutung sind. Außerdem führen wir neuropathologische Autopsien von Gehirn, Rückenmark, peripheren Nerven und Skelettmuskulatur durch.

Mit diesem Spektrum an Krankheiten und Methoden steht die Neuropathologie als klinisch-theoretisches Institut an der Schnittstelle zwischen den klinisch-neurologischen/neurochirurgischen Gebieten und grundlagenwissenschaftlichen Fächern (Molekulärbiologie, Immunologie, Genetik).

### **B-31.2 Medizinische Leistungsangebote**

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

### **B-31.3 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit**

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

### **B-31.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

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

### **B-31.5 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-31.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS**

Leistungen der Pathologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

### **B-31.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

### **B-31.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-31 Institut für Neuropathologie

### **B-31.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft**

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

### **B-31.10 Personelle Ausstattung**

#### **B-31.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4	-
Davon Fachärztinnen/-ärzte	2	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ43	Neuropathologie

#### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen**

Keine Angabe

#### **B-31.10.2 Pflegepersonal**

Im Institut für Neuropathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

#### **B-31.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-32**

**Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene**



Univ.-Prof. Dr. med. Martin Krönke

**B-32.1**

**Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name                    Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene  
Institutsdirektor      Univ.-Prof. Dr. med. Martin Krönke

Straße                Goldenfelsstr. 19-21  
Adresse                50935 Köln

Telefon                0221 / 478 - 32000  
Telefax                0221 / 478 - 32002

E-Mail                **[martin.kroenke@uk-koeln.de](mailto:martin.kroenke@uk-koeln.de)**  
Internet                **[immih.uk-koeln.de](http://immih.uk-koeln.de)**

§-301-Schlüssel      Sonstige Fachabteilung III (3791)  
Art                    Nicht bettenführende Fachabteilung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene

## Kurzportrait

### Aufgabenbereich des Institutes

Im Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene (IMMIH) wird die gesamte bakteriologische, mykologische, parasitologische und infektionsserologische Diagnostik - mit Ausnahme virologischer Untersuchungen - stationärer und ambulanter Patienten des Uniklinikums Köln durchgeführt.

Im Jahre 2012 wurden insgesamt ca. 250.000 klinische Untersuchungsmaterialien bearbeitet.

Das Methodenspektrum umfaßt neben allen gängigen auch spezielle kulturelle Nachweisverfahren, sowie die molekularbiologische (PCR)-Diagnostik zum Nachweis schwer und nicht kultivierbarer Erreger (z. B. Erreger „atypischer“ Atemwegsinfektionen wie Legionellen, Chlamydien und Mykoplasmen, Gonokokken, Endokarditis-Erreger, Meningitis-Erreger).

Dem Institut angeschlossen ist die Abteilung für Krankenhaushygiene, deren Aufgabenbereich in der krankenhaushygienischen Überwachung sämtlicher Kliniken des Uniklinikums Köln besteht.

Die in diesen Aufgabenbereich fallenden mikrobiologischen Untersuchungen werden ebenfalls im IMMIH durchgeführt.

Das IMMIH verfügt über eine moderne Labor-EDV (IMP).

### Qualitätssicherung

Die diagnostischen Laboratorien des IMMIH sind akkreditiert nach DIN EN ISO 15189 sowie DIN EN ISO/IEC 17025 bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (DACH) für den Bereich chemisch und chemisch-physikalische Laboratoriumsdiagnostik, sowie medizinische Laboratoriumsdiagnostik in den Bereichen mikrobiologische Diagnostik, Infektionsserologie, molekularbiologische Diagnostik, Umweltanalytik und Krankenhaushygiene.

Die medizinisch-mikrobiologische und chemisch-physikalische Diagnostik unterliegen einem strukturierten Qualitätskontrollsystem, welches sowohl die interne Qualitätskontrolle als auch die externe Qualitätskontrolle durch die regelmäßige Teilnahme an jährlich mehr als 200 Ringversuchen in den Bereichen Bakteriologie, Molekularbiologie, Mykobakteriologie, Mykologie, Parasitologie, Infektionsserologie sowie bakteriologische und chemische Wasseranalytik (durchgeführt vorwiegend durch das Institut für Standardisierung und Dokumentation im Medizinischen Laboratorium e.V. (INSTAND)) umfasst.

## B-32.2

### Medizinische Leistungsangebote

#### Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC30	Unfall- und Wiederherstellungs chirurgie: Septische Knochenchirurgie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI36	Mukoviszidosezentrum
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI41	Shuntzentrum

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)

### B-32.3

## Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

### B-32.4

## Fallzahlen der Fachabteilung

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene

## B-32.5 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-32.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Mikrobiologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

## B-32.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

### Reiseimpfsprechstunde

Privatambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VX00	Reiseimpfsprechstunde

## B-32.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

## B-32.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

## B-32.10 Personelle Ausstattung

### Ärzte und Ärztinnen

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	10,3	-
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	7,3	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-32 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF47	Naturheilverfahren

**B-32.10.2 Pflegepersonal**

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

**B-32.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



**B-33            Institut für Virologie**



Prof. Dr. rer. nat. Dr. h.c. Herbert Pfister

**B-33.1        Name und Kontaktdaten der Fachabteilung**

Name              Institut für Virologie  
Institutsdirektor    Prof. Dr. rer. nat. Dr. h.c. Herbert Pfister

Straße            Fürst-Pückler-Str. 56  
Hausadresse      50935 Köln  
Postadresse      50924 Köln

Telefon           0221 / 478 - 3901  
Telefax           0221 / 478 - 3902

E-Mail            **herbert.pfister@uk-koeln.de**  
Internet          **virologie.uk-koeln.de**

§-301-Schlüssel   Sonstige Fachabteilung III (3791)  
Art                Nicht bettenführende Fachabteilung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

B-33 Institut für Virologie

## Kurzportrait

Im Institut für Virologie wird die gesamte virologische Diagnostik stationärer und ambulanter Patienten des Uniklinikums Köln bearbeitet. Im Jahre 2012 wurden insgesamt über 143.000 virologische Untersuchungen durchgeführt.

Das Methodenspektrum umfasst die molekularbiologische Diagnostik (PCR und Sequenzierung), direkte Antigennachweise und infektionsserologische Verfahren. Das Institut für Virologie verfügt über eine moderne Labor-EDV (IMP).

Die diagnostischen Laboratorien des Instituts für Virologie sind akkreditiert nach DIN EN ISO 15189. Sie nehmen regelmäßig jährlich an mehr als 200 Ringversuchen im Bereich Virologie (Molekularbiologie und Infektionsserologie) teil.

Am Institut ist das Nationale Referenzzentrum für Papillom- und Polyomaviren etabliert.

## B-33.2

## 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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC25	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie: Transplantationschirurgie
VC07	Herzchirurgie: 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-33 Institut für Virologie

## **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**

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH15	Mund/Hals: 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
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

## **Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin**

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäß 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-33 Institut für Virologie

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin

## Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

## B-33.3

### Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012  
B-33 Institut für Virologie

**B-33.4 Fallzahlen der Fachabteilung**

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

**B-33.5 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-33.6 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS**

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

**B-33.7 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

**B-33.8 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V**

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

**B-33.9 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft**

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

**B-33.10 Personelle Ausstattung**

**B-33.10.1 Ärzte und Ärztinnen**

Ärzte	Anzahl	pro Fall
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	3	-
Davon Fachärztinnen/ -ärzte	3	-

Alle Angaben in Vollkräften, Angaben pro Fall entfallen bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

**Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen**

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

**B-33.10.2 Pflegepersonal**

Im Institut für Virologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

**B-33.10.3 Spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Diese Fachabteilung beschäftigt kein spezielles therapeutisches Personal für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

**C Qualitätssicherung**



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

**C-1**

**Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung  
nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)**

**C-1.1**

**Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für das  
Krankenhaus**

Modul	Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
09/1	Herzschriftmacher-Implantation	198	99,0 %
09/2	Herzschriftmacher-Aggregatwechsel	31	100,0 %
09/3	Herzschriftmacher-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation	90	101,1 %
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	99	100,0 %
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	37	100,0 %
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ –Systemwechsel/ –Explantation	57	101,8 %
10/2	Karotis-Rekonstruktion	284	98,6 %
12/1	Cholezystektomie	89	98,9 %
15/1	Gynäkologische Operationen	553	99,8 %
16/1	Geburtshilfe	1.486	99,7 %
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	23	104,3 %
17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	111	100,9 %
17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	54	98,1 %
17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	73	100,0 %
17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	18	100,0 %
18/1	Mammachirurgie	381	99,7 %
21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	2.797	95,1 %
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	2.234	98,8 %
HCH-A	Herzchirurgie – Aortenklappen-chirurgie, isoliert		
HCH-M	Herzchirurgie – Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie		100,5 % <sup>(1)</sup>
HCH-K	Herzchirurgie – Koronarchirurgie, isoliert		
HTX	Herztransplantation	< 4	100,0 %
LTX	Lebertransplantation	8	100,0 %
LUTX	Lungen- u. Herz-Lungentransplantion	0	-
NLS	Nierenlebendspende	32	100,0 %
NEO	Neonatologie	870	100,8 %
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	98	98,0 %
PNTX	Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation		<sup>(2)</sup> 100,0 %

<sup>(1)</sup> = Für die Leistungsbereiche der isolierten Aortenklappen-chirurgie, kombinierten Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und isolierten Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet. Die Fallzahl darf hier laut Gemeinsamem Bundesausschuss (G-BA) nicht berichtet werden.

<sup>(2)</sup> = Die Fallzahl darf hier laut Gemeinsamem Bundesausschuss (G-BA) nicht berichtet werden.

Die Sortierung richtet sich nach den Modul-Bezeichnern.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## 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

#### **Kurze Erläuterung zum Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V**

Alle Krankenhäuser in Deutschland sind zur Teilnahme am Verfahren der externen Qualitätssicherung verpflichtet. In verschiedenen Leistungsbereichen (z. B. Herzchirurgie) müssen Daten zur Qualitätssicherung erfasst und zentral eingereicht werden. Dabei wird die Dokumentationspflicht durch ein eigenes Regelwerk (QS-Filter) anhand der zur Abrechnung erfassten Schlüsselnummern zu Diagnosen und Therapien (ICD- und OPS-Codes) ermittelt.

Das AQUA-Institut bzw. die QS NRW berechnet anhand dieser Daten Kennzahlen für das einzelne Krankenhaus und legt Referenzbereiche fest. Eine oder mehrere Kennzahlen bilden einen Qualitätsindikator.

Liegt für ein Krankenhaus das Ergebnis zu einer Kennzahl außerhalb des jeweiligen Referenzbereichs, wird eine rechnerische Auffälligkeit festgestellt und ein Strukturierter Dialog eröffnet. Als erster Schritt wird das Krankenhaus um eine Stellungnahme gebeten.

Nach Beratung über diese Stellungnahme wird eine Bewertung ausgesprochen, in der z. B. das Ergebnis zu einer Kennzahl als rechnerisch auffällig, aber das Krankenhaus als nicht qualitativ auffällig eingestuft wird.

Dieses Verfahren war anfangs dazu gedacht, im kollegialen Kreis rechnerische Auffälligkeiten zu besprechen. Fast alle Qualitätsindikatoren stammen aus der Zeit vor 2010 und wurden nicht für eine Veröffentlichung entwickelt.

Aus den Anfängen röhrt auch die Bezeichnung der Module (ein Fragebogen und seine Auswertungsregeln), die gleichlautend zu den Fallpauschalen der 90er Jahre gewählt wurde.

Nach einer Schnellprüfung durch AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH – hat der Gemeinsame Bundesausschuss am 16. Mai 2013 eine Ausweitung der Veröffentlichungspflicht von vorher 182 auf bis zu 289 Kennzahlen beschlossen.

#### **Weiterführende Informationen**

Bei Fragen zum Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V finden Sie hier weitergehende Informationen:

- G-BA | Der Gemeinsame Bundesausschuss  
Wegelystr. 8, 10623 Berlin  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Maschmühlenweg 8 – 10, 37073 Göttingen  
[www.sqg.de](http://www.sqg.de)
- Geschäftsstelle Qualitäts sicherung NRW bei der Ärztekammer Nordrhein  
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf  
[www.qs-nrw.de](http://www.qs-nrw.de)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## Erläuterung zu den folgenden Tabellen

### 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

Das Ergebnis wird entweder als Quotient aus Zähler und Nenner berechnet und als Prozentwert dargestellt oder risiko-adjustiert mittels logistischer Regression bestimmt, einige wenige Ergebnisse berechnen sich als Median (z. B. Kontrastmittelmenge).

### O / E = Risikoadjustiertes Ergebnis

Bei der logistischen Regression wird anhand des bundesweiten Datenbestands ermittelt, welchen jeweiligen Anteil frei gewählte Risikofaktoren (z. B. Alter) beim bundesweiten Gesamtergebnis haben (z. B. 20 % Patienten über 75 Jahre).

Für ein einzelnes Krankenhaus kann dann anhand des tatsächlichen Anteils dieser Risikofaktoren bestimmt werden, welches Ergebnis zu erwarten ist (E = Expected) und welches Ergebnis tatsächlich berechnet bzw. beobachtet wird (O = Objected), und wie das Verhältnis ist (O/E).

So sollen Krankenhäuser vergleichbar werden, deren Fälle z. B. eine unterschiedliche Altersstruktur haben.

Ein O/E-Wert unter 1 bedeutet, dass weniger Fälle mit dem Merkmal (im Zähler) aufgetreten sind, als zu erwarten wäre.

Das Verfahren ist abhängig von der Auswahl der erfassten Daten als Risikofaktoren.

### Vertrauensbereich (in %)

Der Vertrauensbereich ist ein statistisches Maß, inwiefern ein Ergebnis „treffsicher“ ist.

Unter der Annahme, dass nur 95 % der Daten korrekt sind, wird der Bereich berechnet, in dem das „wahre“ Ergebnis liegt. Dieser Bereich hängt entscheidend von der Anzahl der untersuchten Fälle ab:

1 / 2	= 50,0 %	→ Vertrauensbereich:	1,2 % – 98,8 %
10 / 20	= 50,0 %	→ Vertrauensbereich:	27,1 % – 72,9 %
100 / 200	= 50,0 %	→ Vertrauensbereich:	42,9 % – 57,1 %
1000 / 2000	= 50,0 %	→ Vertrauensbereich:	47,8 % – 52,2 %

### Referenzbereich (bundesweit)

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

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

Referenzbereiche können auf Landesebene abweichen.

### Bewertung durch Strukturierten Dialog

Nach Beratung durch die jeweilige Fachgruppe über die Stellungnahme des Krankenhauses wird eine Einstufung vorgenommen:



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## C Qualitätssicherung

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

## Datenschutz

Aus Datenschutzgründen dürfen laut Gemeinsamem Bundesausschuss für Zähler, Nenner, Ergebnis und Vertrauensbereich keine Angaben gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

## Bewertung durch Fachkommission zur Veröffentlichungspflicht

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

### Einstufung in Kategorie 1 – 4

- 1 Verpflichtende Veröffentlichung empfohlen
- 2 Verpflichtende Veröffentlichung empfohlen,  
Erläuterung und/oder leichte Anpassung notwendig
- 3 Veröffentlichung zum jetzigen Zeitpunkt nicht empfohlen,  
ggf. nach Überarbeitung erneut prüfen
- 4 Veröffentlichung nicht empfohlen

Nur die Kennzahlen der Kategorien 1 – 2 werden hier im Bericht dargestellt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

**C-1.2.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt**

**C-1.2.I A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren**

Gemäß „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Änderungen für das Berichtsjahr 2012“ vom 16. Mai 2013 werden die Ergebnisse auf den folgenden Seiten dargestellt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

**01 Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen**  
ID 690

Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>167 / 180</b>	<b>92,8 %</b>	88,0 – 95,7 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	96,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Mäßige empirische Ergebnisse.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

**02 Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen**  
ID 2196

Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>163 / 177</b>	<b>92,1 %</b>	87,2 – 95,2 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	97,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Mäßige empirische Ergebnisse. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **03a Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)**

ID 10148 Dauer der Operation bis 60 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher (sog. VVI-Herzschrittmacher)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>30 / 38</b>	<b>78,9 %</b>	63,7 – 88,9 %	>= 60,0 % (Toleranzbereich)	88,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Mäßige empirische Ergebnisse. Wichtiger Prozessparameter.  
Daher Einstufung in Kategorie 1.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **03b Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)**

ID 10178 Dauer der Operation bis 90 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher (sog. DDD-Herzschrittmacher)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>130 / 146</b>	<b>89,0 %</b>	82,9 – 93,1 %	>= 55,0 % (Toleranzbereich)	92,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Gute empirische Ergebnisse. Auch bei guter Qualität Überschreitung der Obergrenze möglich. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **04a Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)**

ID 10223 Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>22 / 22</b>	<b>100,0 %</b>	85,1 – 100,0 %	>= 75,0 % (Toleranzbereich)	94,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Gute empirische Ergebnisse.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **04b Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)**

ID 10249 Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>99 / 106</b>	<b>93,4 %</b>	87,0 – 96,8 %	>= 80,0 % (Toleranzbereich)	98,1 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Mäßige empirische Ergebnisse. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **05a Chirurgische Komplikationen**

ID 1103 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 2,0 % (Toleranzbereich)	1,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Schwache Diskriminationsfähigkeit und Reliabilität des Indikators. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **05b Vorhofsondendislokation**

ID 209 Lageveränderung der Sonde im Herzvorhof

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 158</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 2,4 %	<= 3,0 % (Toleranzbereich)	0,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **05c Ventrikelsondendislokation**

ID 581 Lageveränderung von Sonden in den Herzkammern

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 3,0 % (Toleranzbereich)	0,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

**06a Vorhoftroponine mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV**  
ID 582

Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde im Vorhof

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>131 / 142</b>	<b>92,3 %</b>	86,7 – 95,6 %	>= 80,0 % (Zielbereich)	92,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Gute empirische Ergebnisse. Validität in Frage gestellt. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

**06b Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV**  
ID 583

Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonden in den Herzkammern

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>179 / 182</b>	<b>98,4 %</b>	95,3 – 99,4 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	98,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Mäßige empirische Ergebnisse. Z. T. Zweifel an Datenvalidität.  
Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **07a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 1100 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>8 / 196</b>	<b>4,1 %</b>	2,1 – 7,8 %	nicht definiert	1,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie mäßig. Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichtungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator (QI 7b) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/1 – Herzschrittmacher-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

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

### **07b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 51191

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4,08 / 4,45</b>	<b>0,92 O/E</b>	0,47 – 1,76 O/E	<= 4,27 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,02

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel**

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **04a Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 482 Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>20 / 23</b>	<b>87,0 %</b>	67,9 – 95,5 %	>= 77,3 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	94,7 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gerade noch gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig. Datenvalidität durch ggf. eingeschränkt. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel**

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **04b Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 483

Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>29 / 29</b>	<b>100,0 %</b>	88,3 – 100,0 %	>= 85,0 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	96,8 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gerade noch gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig. Datenvalidität ggf. eingeschränkt.  
Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel**

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

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

### **05a Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 1099 Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Vorhofsonde während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>21 / 22</b>	<b>95,5 %</b>	78,2 – 99,2 %	>= 87,3 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	96,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Mäßige empirische Ergebnisse. Insbesondere Diskriminationsfähigkeit gerade noch mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel**

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung							
<b>05b      Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden</b>		ID 484						
Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation								
Zähler / Nenner                  Ergebnis                  Vertrauensbereich                  Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)                  Bundesdurchschnitt								
<b>19 / 19</b>	<b>100,0 %</b>	83,2 – 100,0 %	>= 87,5 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	96,8 %				
Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog							
<b>R10      Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>								
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich								
Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl								
Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach. Trotzdem Einstufung in Kategorie 2, da eine Veröffentlichung in Kombination mit dem bereits veröffentlichten Indikator 5a sinnvoll ist.								



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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

<b>05a</b>	<b>Intraoperative Reizzschwellenbestimmung der Vorhofsonde</b>
ID 494	Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>9 / 9</b>	<b>100,0 %</b>	70,1 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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

### **05b Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 495

Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>45 / 46</b>	<b>97,8 %</b>	88,7 – 99,6 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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

### **06a Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 496 Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde im Vorhof während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>11 / 11</b>	<b>100,0 %</b>	74,1 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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

### **06b Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 497

Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schrittmachersonde in der Herzkammer während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>42 / 43</b>	<b>97,7 %</b>	87,9 – 99,6 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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

### **07a Revidierte Vorhofsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 1,5 mV**

ID 584

Anpassen der Vorhofsonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 1,5 mV)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>11 / 11</b>	<b>100,0 %</b>	74,1 – 100,0 %	>= 80,0 % (Zielbereich)	92,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

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

### **07b Revidierte Ventrikelsonden mit intrakardialer Signalamplitude ab 4 mV**

ID 585

Anpassen der Herzkammersonde zum Erreichen eines ausreichenden Signalausschlags (mindestens 4 mV)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>41 / 42</b>	<b>97,6 %</b>	87,7 – 99,6 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	98,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **01 Leitlinienkonforme Indikation**

ID 50004 Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>91 / 99</b>	<b>91,9 %</b>	84,9 – 95,8 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	92,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **02 Leitlinienkonforme Systemwahl**

ID 50005 Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>86 / 94</b>	<b>91,5 %</b>	84,1 – 95,6 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	89,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **03a Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)**

ID 50007

Dauer der Operation bis 75 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>30 / 31</b>	<b>96,8 %</b>	83,8 – 99,4 %	>= 60,0 % (Toleranzbereich)	91,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03b Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)**

ID 50008 Dauer der Operation bis 105 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>15 / 18</b>	<b>83,3 %</b>	60,8 – 94,2 %	>= 55,0 % (Toleranzbereich)	89,3 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03c Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems**

ID 50009 Dauer der Operation bis 240 Minuten bei CRT-Schockgeber

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>45 / 45</b>	<b>100,0 %</b>	92,1 – 100,0 %	>= 90,0 % (Toleranzbereich)	98,7 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **04a Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)**

ID 50010 Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>26 / 27</b>	<b>96,3 %</b>	81,7 – 99,3 %	>= 75,0 % (Toleranzbereich)	94,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **04b Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)**

ID 50011 Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>14 / 15</b>	<b>93,3 %</b>	70,2 – 98,8 %	>= 80,0 % (Toleranzbereich)	93,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **04c Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems**

ID 50012 Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei CRT-Schockgeber

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>34 / 34</b>	<b>100,0 %</b>	89,8 – 100,0 %	>= 90,0 % (Toleranzbereich)	97,3 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **05a Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 50015 Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>54 / 54</b>	<b>100,0 %</b>	93,4 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **05b Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 50016

Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgeberonde in der Herzkammer während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>97 / 97</b>	<b>100,0 %</b>	96,2 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **06a Chirurgische Komplikationen**

ID 50017 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 4,4 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **06b Vorhofsondendislokation oder –dysfunktion**

ID 50018 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 58</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 6,2 %	<= 2,7 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,5 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **06c Ventrikelsondendislokation oder –dysfunktion**

ID 50019 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 99</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 3,7 %	<= 3,1 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **07a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 50020 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	0,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie schwach. Zudem ist eine Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichtungspflichtig eingestuften Indikator (QI 7b) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/4 – Implantierbare Defibrillatoren-Implantation**

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **07b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 51186

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>1,06 / 0,79</b>	<b>1,35 O/E</b>	0,24 – 7,36 O/E	<= 5,25 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,81

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel**

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

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

### **02 Eingriffsdauer bis 75 Minuten**

ID 50025 Dauer der Operation bis 75 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>35 / 37</b>	<b>94,6 %</b>	82,3 – 98,5 %	>= 80,0 % (Toleranzbereich)	95,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel**

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03a Intraoperative Reizzschwellenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 50026 Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>12 / 12</b>	<b>100,0 %</b>	75,8 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,4 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel**

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

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

### **03b Intraoperative Reizschwellenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 50027

Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>41 / 42</b>	<b>97,6 %</b>	87,7 – 99,6 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel**

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

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

### **04a Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 50028 Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgebersonde im Vorhof während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>14 / 14</b>	<b>100,0 %</b>	78,5 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel**

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

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

### **04b Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 50029

Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Schockgebersonde in der Herzkammer während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>36 / 36</b>	<b>100,0 %</b>	90,4 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	94,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel**

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

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

### **05 Chirurgische Komplikationen**

ID 50030 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 37</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **09/5 – Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel**

Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)

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

### **06 Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 50031 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 37</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **01 Taschenproblem als Indikation zum Eingriff**

ID 50032 Probleme mit dem umliegenden Gewebe, in das der Schockgeber eingesetzt wurde, als Anlass für eine weitere Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 5,9 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Perspektivisch: Umstellung auf Follow-up-Indikator.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **03 Sondenproblem als Indikation zum Eingriff**

ID 50034 Probleme mit der Sonde als Anlass für eine weitere Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>21 / 136</b>	<b>15,4 %</b>	10,3 – 22,5 %	<= 24,1 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	11,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig. Perspektivisch: Umstellung auf Follow-up-Indikator.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **04 Infektion als Indikation zum Eingriff**

ID 50035 Infektion als Anlass für eine weitere Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>8 / 136</b>	<b>5,9 %</b>	3,0 – 11,2 %	<= 6,1 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbewertung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **05a Intraoperative Reizzschwellenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 50037 Kontrollieren der Vorhofsonde während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>14 / 14</b>	<b>100,0 %</b>	78,5 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **05b Intraoperative Reizzwellenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 50038

Kontrollieren der Herzkammersonden während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>37 / 37</b>	<b>100,0 %</b>	90,6 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **06a Intraoperative Amplitudenbestimmung der Vorhofsonde**

ID 50039 Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Vorhofsonde während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>15 / 15</b>	<b>100,0 %</b>	79,6 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **06b Intraoperative Amplitudenbestimmung der Ventrikelsonden**

ID 50040

Messen eines ausreichenden Signalausschlags der Herzkammersonden während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>21 / 21</b>	<b>100,0 %</b>	84,5 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **07a Chirurgische Komplikationen**

ID 50041 Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 58</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 6,2 %	<= 5,9 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **07b Vorhofsondendislokation oder –dysfunktion**

ID 50042 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde im Vorhof

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 15</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 20,4 %	<= 4,9 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **07c Ventrikelsondendislokation oder –dysfunktion**

ID 50043 Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde in der Herzkammer

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 33</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 10,4 %	<= 3,1 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **08a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 50044 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	1,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichtungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator (QI 8b) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

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

### **08b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 51196

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>3,45 / 2,62</b>	<b>1,32 O/E</b>	0,36 – 4,48 O/E	<= 6,46 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,14

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **10/2 – Karotis-Revaskularisation**

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

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

**01 Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**  
ID 603

Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>163 / 168</b>	<b>97,0 %</b>	93,2 – 98,7 %	>= 85,0 % (Zielbereich)	97,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **10/2 – Karotis-Revaskularisation**

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

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

### **02 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**

ID 604

Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>64 / 64</b>	<b>100,0 %</b>	94,3 – 100,0 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	98,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gerade noch mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **10/2 – Karotis-Revaskularisation**

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

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

### **07a Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch**

ID 51175 Schlaganfall oder Tod nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	2,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## 10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

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

**07b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch**  
ID 11704

Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,79 / 2,53</b>	<b>0,31 O/E</b>	0,09 – 1,12 O/E	<= 2,91 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,02

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **10/2 – Karotis-Revaskularisation**

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

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

### **08a Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch**

ID 51176 Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	1,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## 10/2 – Karotis-Revaskularisation

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### 08b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch

ID 11724 Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,79 / 1,44</b>	<b>0,55 O/E</b>	0,15 – 1,97 O/E	<= 3,62 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,99

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **12/1 – Cholezystektomie**

Gallenblasenentfernung

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

### **01a Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus**

ID 220

Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 88</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Aber: Sentinel Event in dem Sinne dass hier ein Qualitätsmangel sehr wahrscheinlich ist. In Kombination mit anderen Indikatoren des Verfahrens ggf. sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **12/1 – Cholezystektomie**

Gallenblasenentfernung

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

### **01b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus**

ID 50786

Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,00 / 0,11</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 37,27 O/E	nicht definiert	1,19

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Kein Referenzbereich definiert, jedoch Veröffentlichung in Kombination mit dem Indikator der rohen Rate (QI 1a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **12/1 – Cholezystektomie**

Gallenblasenentfernung

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

### **03a Reintervention aufgrund von Komplikationen**

ID 51169 Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>0 / 88</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 4,2 %	nicht definiert	2,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig. Trotzdem Einstufung in Kategorie 2, da eine Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichtungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator (QI 3b) sinnvoll ist.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **12/1 – Cholezystektomie**

Gallenblasenentfernung

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

### **03b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen**

ID 50791

Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase  
– unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich  
zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,00 / 3,22</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 1,30 O/E	<= 2,92 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,22

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **12/1 – Cholezystektomie**

Gallenblasenentfernung

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

### **03c Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation**

ID 227 Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 32</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 10,7 %	nicht definiert	1,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach, in Kombination mit anderen Indikator des Verfahrens ggf. sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **12/1 – Cholezystektomie**

Gallenblasenentfernung

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

### **04c Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko**

ID 50824

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1-3)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - <sup>(x)</sup>	-	-	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig**

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie
--

Der Todesfall betrifft eine Patientin, die auf Grund einer durch Bakterien verursachten Endokarditis (Herzinnenraumentzündung) in der Klinik lag. Bei der Patientin war einige Jahre zuvor eine künstliche Herzklappe eingesetzt worden. Im Verlauf der intensivmedizinischen Therapie der Herzentzündung trat eine Gallenblasen-entzündung auf, die operativ behandelt wurde. Die Operation verlief ohne Komplikationen. Die Patientin verstarb im weiteren Verlauf an den Folgen der bakteriellen Herzentzündung.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Relevante Information für Patienten. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **02a Organverletzungen bei Hysterektomie**

ID 553      Organverletzungen bei Entfernung der Gebärmutter

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 3,8 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig. Insbesondere eingeschränkte Diskriminationsfähigkeit. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **02b Organverletzungen bei Hysterektomie bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation**

ID 557  
Organverletzungen bei Entfernung der Gebärmutter ohne bestehende Risiken (Tumor, Endometriose, frühere Operationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 3,3 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **03 Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung**

ID 12874 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 61</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 5,9 %	<= 5,0 % (Zielbereich)	1,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **04 Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund**

ID 10211 Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 20,0 % (Toleranzbereich)	13,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **05 Organerhaltung bei Ovareingriffen**

ID 612 Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>33 / 35</b>	<b>94,3 %</b>	81,4 – 98,4 %	>= 75,8 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	90,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **06a Konisation bei Ektopie oder Normalbefund**

ID 665 Operation am Muttermund (sog. Konisation) ohne bösartigen Befund

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 13,4 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	3,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **H20 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen**

Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
--

Es handelt sich um einen Fall einer Patientin, bei der durch eine Biopsie eine schwere Dysplasie des Muttermundes nachgewiesen worden war (CIN III). Daraufhin wurde eine Konisation durchgeführt. Im Konisationspräparat waren keine weiteren Dysplasien nachweisbar. Diese waren bereits vollständig durch die zuvor durchgeführte, sehr präzise Biopsie entfernt worden. Eine Konisation war dennoch notwendig, um sicherzustellen, dass keine weiteren Dysplasieanteile mehr am Muttermund vorhanden waren.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gerade noch mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **06b Fehlende postoperative Histologie nach Konisation**

ID 666 Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation am Muttermund (sog. Konisation)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 7</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 35,4 %	<= 5,0 % (Zielbereich)	0,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Diskriminationsfähigkeit schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **07 Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie**

ID 235 Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Entfernung der Gebärmutter

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>210 / 210</b>	<b>100 %</b>	98,2 – 100,0 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	96,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **15/1 – Gynäkologische Operationen**

### Gynäkologische Operationen

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

#### **08 Hysterektomie bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren**

ID 672 Entfernung der Gebärmutter ohne bösartigen Befund nach Gewebeuntersuchung bei jüngeren Patientinnen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 2,5 % (Toleranzbereich)	2,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

### Geburtshilfe

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

**01 ID 330 Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen**

Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>78 / 82</b>	<b>95,1 %</b>	88,1 – 98,1 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	95,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

Geburtshilfe

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03 Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung**

ID 50045 Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>649 / 651</b>	<b>99,7 %</b>	98,9 – 99,9 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	95,5 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

Geburtshilfe

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

### **04 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten**

ID 1058 Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 24</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	1,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Indikator mit hohem Handlungsbedarf, daher besonders wichtig zur Veröffentlichung.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

### Geburtshilfe

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

#### **05 Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen**

ID 319 Bestimmung des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>1310 / 1341</b>	<b>97,7 %</b>	96,7 – 98,4 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

### Geburtshilfe

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

#### **06a Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung**

ID 321

Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	0,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

Geburtshilfe

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

### **07 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten**

ID 318 Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>260 / 261</b>	<b>99,6 %</b>	97,9 – 99,9 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	95,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

Geburtshilfe

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08 Kritisches Outcome bei Reifgeborenen**

ID 1059 Kritischer Zustand des Neugeborenen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - <sup>(x)</sup>	-	-	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,0 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig**

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anerkanntermaßen handelt es sich bei den Reifgeborenen mit kritischem Outcome um gut begründete Einzelfälle.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. In Kombination mit anderen Ergebnisindikatoren in der Geburtshilfe ggf. sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

### Geburtshilfe

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

#### **09a Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten**

ID 322 Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>22 / 697</b>	<b>–</b>	2,1 – 4,7 %	nicht definiert	1,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. International eingeführter PSI, dabei Gesamtbetrachtung sinnvoll unter Berücksichtigung von Dammrissen ohne Episiotomie.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

Geburtshilfe

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

**09b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten**  
ID 51181

Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>3,19 / 1,17</b>	<b>2,73 O/E</b>	1,81 – 4,09 O/E	<= 2,31 (Toleranzbereich)	1,02

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

**H20 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen**

Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die leicht erhöhte Rate an höhergradigen Dammrissen ist Folge einer in der Geburtshilfe zunehmend propagierten konsequenten Vermeidung von Damschnitten, insbesondere von sog. mediolateralen Damschnitten, da natürliche Geburtsverletzungen im Allgemeinen die besten Heilungstendenzen haben gefolgt von medianen Damschnitten, auch wenn dabei die Häufigkeit höhergradiger Dammisse leicht zunimmt.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut. Veröffentlichung in Kombination mit dem bereits veröffentlichten Indikator zur rohen Rate (QI 9a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **16/1 – Geburtshilfe**

### Geburtshilfe

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

#### **09c Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie**

ID 323 Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt ohne Dammschnitt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>16 / 576</b>	<b>2,8 %</b>	1,7 – 4,5 %	nicht definiert	1,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

#### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. International eingeführter PSI, dabei Gesamtbetrachtung nur sinnvoll in Kombination mit den Ergebnissen aller Spontangeburten. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **01 Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme oder sturzbedingter Fraktur im Krankenhaus**

ID 2266 Operation über 48 Stunden nach Bruch des Oberschenkelknochens und Aufnahme im Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>8 / 24</b>	<b>33,3 %</b>	18,0 – 53,3 %	<= 15,0 % (Toleranzbereich)	9,5 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **A41 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig**

Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Die präoperative Verweildauer von zum Teil mehr als 48 Stunden vor der Versorgung mit einer Endoprothese ist der hochgradigen Morbidität der Patienten einer Universitätsklinik geschuldet. Bei den schwer- und schwerstkranken Patienten müssen zur Sicherheit vor einer OP noch zusätzliche Untersuchungen und Behandlungsumstellungen erfolgen.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03a Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung**

ID 10364

Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>18 / 18</b>	<b>100,0 %</b>	82,4 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,6 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **06a Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur**

ID 2267 Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 24</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 13,8 %	nicht definiert	1,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Schwache Empirie.  
Trotzdem Einstufung in Kategorie 2, da eine Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **06b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen**

ID 50879  
Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder  
erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der  
Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,00 / 1,67</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 8,28 O/E	<= 1,76 (Toleranzbereich)	0,92

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Relevante Information für Patienten. Daher  
Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **07a Endoprothesenluxation**

ID 2270 Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 18</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 17,6 %	nicht definiert	0,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis, empirisch auf Basis der Reliabilität okay und starke Evidenz.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **07b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen**

ID 50884 Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,00 / 1,01</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 17,45 O/E	<= 5,89 (Toleranzbereich)	0,93

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 7a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **08a Postoperative Wundinfektion**

ID 2274 Infektion der Wunde nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 24</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 13,8 %	nicht definiert	1,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis, empirisch okay und starke Evidenz.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen**

ID 50889 Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,00 / 1,57</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 8,81 O/E	<= 4,33 (Toleranzbereich)	0,91

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie schwach. Zudem Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 8a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **11a Reoperation aufgrund von Komplikationen**

ID 2268 Erneute Operation wegen Komplikationen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 24</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 13,8 %	nicht definiert	2,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis und empirisch gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **11b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen**

ID 50864 Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,00 / 3,62</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 3,81 O/E	<= 3,95 (Toleranzbereich)	0,97

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig. Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 11a) sinnvoll.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **12a Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2**

ID 2277  
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 4</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis und empirisch gut. Risikoadjustierung sollte überarbeitet werden.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **12b Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 3**

ID 2276 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 15</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 20,4 %	nicht definiert	5,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis und empirisch gut. Risikoadjustierung sollte überarbeitet werden. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

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

### **12c Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung**

ID 2279

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 6</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 39,0 %	<= 11,1 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	4,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis und empirisch gut. Risikoadjustierung sollte überarbeitet werden. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **12d Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung**

ID 2278

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 13,7 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	6,1 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis und empirisch gut. Risikoadjustierung sollte überarbeitet werden. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur**

Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **12e Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 51168  
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4,17 / 5,94</b>	<b>0,70 O/E</b>	0,12 – 3,41 O/E	nicht definiert	1,01

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie mäßig. Veröffentlichung in Kombination mit den bereits veröffentlichten Indikatoren zur rohen Rate (QI 12 a–d) sinnvoll.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

**01      Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten  
ID 1082     Indikationskriterien**

Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>99 / 112</b>	<b>88,4 %</b>	81,1 – 93,1 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	94,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**A41      Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ  
auffällig**

Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
--

Die abgefragten Indikationskriterien, anhand derer die Auswertung stattfand, sind bei weitem nicht die einzigen Gründe, die den Einbau einer Hüft-Endoprothese notwendig machen. Dazu zählen vielmehr auch Tumoren oder angeborene Deformitäten, die von dem Fragebogen nicht erfasst werden.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung) und empirisch gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **02 Perioperative Antibiotikaprophylaxe**

ID 265 Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>112 / 112</b>	<b>100,0 %</b>	96,7 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), starke Evidenz, empirisch gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **03a Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral--Methode**

ID 2223

Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>112 / 112</b>	<b>100,0 %</b>	96,7 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	96,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Dokumentationsqualität wird niedrig eingestuft. Daher nur eingeschränkt empfohlen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **06a Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur**

ID 449 Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 112</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 3,3 %	nicht definiert	1,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung) und relevantes Ereignis. Empirisch relativ schwach. Daher nur eingeschränkt empfohlen. Ggf. in Kombination mit anderen QIs des Verfahrens sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **06b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen**

ID 50919

Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,00 / 1,01</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 3,30 O/E	<= 2,16 (Toleranzbereich)	1,04

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie mäßig. Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 6a) sinnvoll.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **07a Endoprothesenluxation**

ID 451 Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 112</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 3,3 %	nicht definiert	0,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung) und relevantes Ereignis. Empirisch relativ schwach. Daher nur eingeschränkt empfohlen. Ggf. in Kombination mit anderen QIs des Verfahrens sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **07b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen**

ID 50924 Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,00 / 0,35</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 9,53 O/E	<= 16,97 (Toleranzbereich)	1,09

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie schwach. Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 7a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **08a Postoperative Wundinfektion**

ID 452 Infektion der Wunde nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 112</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 3,3 %	nicht definiert	0,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung) und relevantes Ereignis. Empirisch relativ schwach. Daher nur eingeschränkt empfohlen. Ggf. in Kombination mit anderen QIs des Verfahrens sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **08b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen**

ID 50929 Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,00 / 0,64</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 5,16 O/E	<= 5,71 (Toleranzbereich)	0,88

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie mäßig. Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 8a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **11a Reoperation aufgrund von Komplikationen**

ID 456 Erneute Operation wegen Komplikationen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	1,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirisch mäßig. Aber relevantes Ereignis. Daher Einstufung in Kategorie 1.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **11b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen**

ID 50944 Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,89 / 1,82</b>	<b>0,49 O/E</b>	0,09 – 2,68 O/E	<= 5,56 (Toleranzbereich)	0,96

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie mäßig. Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 11a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

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

### **12a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 457 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 112</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirisch mäßig. Ggf. in Kombination mit anderen QIs des Verfahrens sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **12b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 50949

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,00 / 0,23</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 14,40 O/E	nicht definiert	0,99

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Veröffentlichung in Kombination mit der bereits veröffentlichten rohen Rate (QI 12a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **01 Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien**

ID 268

Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>48 / 53</b>	<b>90,6 %</b>	79,7 – 95,9 %	>= 86,2 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	94,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung- Risikoadjustierung nicht notwendig), Empirie mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **02 Perioperative Antibiotikaprophylaxe**

ID 270 Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>53 / 53</b>	<b>100,0 %</b>	93,2 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung), aber empirisch schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **05a Implantatfehlage, -dislokation oder Fraktur**

ID 463 Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	2,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), in Kombination mit der Gefäßläsion/Nervenschädigung bei Erstimplantation sinnvolle Information. Empirie mäßig, daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **05b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen**

ID 50964 Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>1,89 / 1,48</b>	<b>1,27 O/E</b>	0,23 – 6,72 O/E	<= 1,04 (Toleranzbereich)	1,07

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen**

Anwendung einer Regel gemäß Empfehlung der PG-Leitfaden

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
--

Ursächlich für die hohe Rate an Revisionen ist das hohe Ausmaß an Vorerkrankungen und die oftmals hohe Zahl an Voroperationen der Patienten.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **06a Endoprothesenluxation**

ID 465 Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	1,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu.  
Empirie schwach. Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichtungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator (QI 6b) sinnvoll. Zudem wird d

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **06b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Endoprothesenluxationen**

ID 50969 Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>1,89 / 1,82</b>	<b>1,04 O/E</b>	0,18 – 5,47 O/E	<= 5,23 (Toleranzbereich)	0,96

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **07a Postoperative Wundinfektion**

ID 466 Infektion der Wunde nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 53</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 6,8 %	nicht definiert	3,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Höchstens 50 % der Befragten einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach. Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichtungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator (QI 7b) sinnvoll. Zudem wird dieser I



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **07b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen**

ID 50974 Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,00 / 2,10</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 3,21 O/E	nicht definiert	0,90

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **10a Reoperation aufgrund von Komplikationen**

ID 470 Erneute Operation wegen Komplikationen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	6,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), relevantes Ereignis. Empirie aber nur mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **10b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen**

ID 50989 Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>1,89 / 4,85</b>	<b>0,39 O/E</b>	0,07 – 2,05 O/E	<= 2,52 (Toleranzbereich)	0,96

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig. Zudem ist eine Veröffentlichung in Kombination mit dem bereits veröffentlichten Indikator zur rohen Rate (QI 10a) sinnvoll.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **11a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 471 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - <sup>(x)</sup>	–	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	1,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig**

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
--

In unserer Klinik der Maximalversorgung werden viele schwerkranke Patienten mit einem Endoprothesenwechsel versorgt. Die Todesfälle sind nicht auf die Operation zurückzuführen, sondern stehen im Zusammenhang mit den Vorerkrankungen (Tumore, Herz-Kreislauf).

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mittelwertige Bewertung (Expertenbefragung), empirisch relativ schwach mit Verdacht auf Fehlkodierung. Aber relevantes Ereignis mit starker Evidenz. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/3 – Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

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

### **11b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 50994

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>1,89 / 0,84</b>	<b>2,24 O/E</b>	0,40 – 11,81 O/E	nicht definiert	1,05

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig. Zudem ist eine Veröffentlichung in Kombination mit dem bereits veröffentlichten Indikator zur rohen Rate (QI 11a) sinnvoll.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

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

### **01 Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien**

ID 276 Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>69 / 73</b>	<b>94,5 %</b>	86,7 – 97,8 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	96,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), gute Empirie.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

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

### **02 Perioperative Antibiotikaprophylaxe**

ID 277 Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>73 / 73</b>	<b>100,0 %</b>	95,0 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

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

### **03a Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral--Methode**

ID 2218

Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>72 / 73</b>	<b>98,6 %</b>	92,6 – 99,8 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	98,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), Dokumentationsqualität wird niedrig eingestuft. Gute Empirie.  
Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03b Beweglichkeit bei Entlassung mindestens 0/0/90 nach Neutral--Methode**

ID 10953 Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>69 / 72</b>	<b>95,8 %</b>	88,5 – 98,6 %	>= 80,0 % (Zielbereich)	90,4 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), gute Empirie. Allerdings Zweifel an einer immer konsistenten Kodierung. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

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

### **08a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 472 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 73</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), aber schwache Empirie. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/5 – Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation**

Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 51039

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,00 / 0,07</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 72,14 O/E	nicht definiert	0,86

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Empirie schwach. Zudem ist eine Veröffentlichung in Kombination mit dem bereits veröffentlichten Indikator zur rohen Rate (QI 8a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/7 – Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

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

### **01 Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien**

ID 295

Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>16 / 18</b>	<b>88,9 %</b>	67,2 – 96,9 %	>= 85,8 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	94,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung), schwache Empirie. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/7 – Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

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

### **02 Perioperative Antibiotikaprophylaxe**

ID 292 Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>18 / 18</b>	<b>100,0 %</b>	82,4 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	99,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung), schwache Empirie, daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/7 – Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

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

### **06a Postoperative Wundinfektion**

ID 301 Infektion der Wunde nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	1,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu.  
Empirie schwach. Dennoch Einstufung in Kategorie 2, da dieser Indikator in den Leistungsbereichen 17/1 und 17/2 bereits veröffentlicht wird.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/7 – Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

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

### **09a Reoperation aufgrund von Komplikationen**

ID 475 Erneute Operation wegen Komplikationen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	3,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), schwache Empirie. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/7 – Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

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

### **09b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen**

ID 51064 Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>16,67 / 4,19</b>	<b>3,98 O/E</b>	1,39 – 9,37 O/E	<= 3,76 (Toleranzbereich)	1,06

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig**

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
--

Da an der Klinik vornehmlich schwer- und schwerstkranke Patienten versorgt werden, darf die gering erhöhte Rate an Revisionsoperationen nicht der Klinik angelastet werden, sie ist zum Teil auf den gesundheitlichen Zustand der Patienten zurückzuführen.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/7 – Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

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

### **10a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 476 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0 / 18</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), schwache Empirie. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **17/7 – Knie-Endoprothesenwechsel und – komponentenwechsel**

Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

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

### **10b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 51069  
Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,00 / 0,22</b>	<b>0,00 O/E</b>	0,00 – 79,89 O/E	nicht definiert	1,29

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Relevante Information und Veröffentlichung in Kombination mit dem bereits veröffentlichten Indikator zur rohen Rate (QI 10a) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **18/1 – Mammachirurgie**

Operation an der Brust

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **01a Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie**

ID 50080 Sicherung der Diagnose vor Operation eines tastbaren Brustkrebses

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>164 / 166</b>	<b>98,8 %</b>	95,7 – 99,7 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	96,6 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **18/1 – Mammachirurgie**

Operation an der Brust

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

### **01b Prätherapeutische Diagnosesicherung bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie**

ID 50047 Sicherung der Diagnose vor Operation eines nicht tastbaren Brustkrebses

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>51 / 53</b>	<b>96,2 %</b>	87,2 – 99,0 %	>= 70,0 % (Zielbereich)	94,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **18/1 – Mammachirurgie**

Operation an der Brust

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

### **02a Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung**

ID 303  
Untersuchung des entfernten Gewebes mittels Röntgen während der Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>37 / 37</b>	<b>100,0 %</b>	90,6 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	97,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie aber nur mäßig. Darüber hinaus bestehen Unsicherheiten was die konsistente Kodierung angeht. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **18/1 – Mammachirurgie**

Operation an der Brust

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03a Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie**

ID 2131 Angabe des Sicherheitsabstands zum gesunden Gewebe bei Erhaltung der Brust

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>123 / 123</b>	<b>100,0 %</b>	97,0 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,2 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung), Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **18/1 – Mammachirurgie**

Operation an der Brust

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **03b Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie**

ID 2162

Angabe des Sicherheitsabstands zum gesunden Gewebe bei Entfernung der Brust

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>75 / 75</b>	<b>100,0 %</b>	95,1 – 100,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	96,9 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **18/1 – Mammachirurgie**

Operation an der Brust

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08 Brusterhaltende Therapie bei pT1**

ID 2167 Brusterhaltende Operation im frühen Brustkrebsstadium (sog. pT1)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>67 / 92</b>	<b>72,8 %</b>	63,0 – 80,9 %	>= 71,3 % bis <= 95,3 % (5. Perzentil bis 95. Perzentil, Toleranzbereich)	83,7 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **01 Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Koronarangiographie**

ID 399

Entscheidung zur Herzkatheteruntersuchung aufgrund von Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>862 / 867</b>	<b>99,4 %</b>	98,7 – 99,8 %	>= 80,0 % (Toleranzbereich)	92,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkrankengefäße (mittels Herzkatheter)

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

**02a      Seltene Empfehlung zur invasiven Therapie nach  
ID 2061     Koronarangiographie**

Selten notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>350 / 878</b>	<b>39,9 %</b>	36,7 – 43,1 %	>= 23,8 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)	40,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10     Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkrankengefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **02b Häufige Empfehlung zur invasiven Therapie nach ID 50750 Koronarangiographie**

Häufig notwendige Eingriffe nach Herzkatheteruntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>350 / 878</b>	<b>39,9 %</b>	36,7 – 43,1 %	<= 56,1 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	40,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **03 PCI trotz fehlender klinischer und/oder nicht-invasiver Ischämiezeichen**

ID 2062

Entscheidung zur Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) ohne Beschwerden oder ohne messbare Durchblutungsstörungen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 244</b>	<b>0,0 %</b>	0,0 – 1,5 %	<= 10,0 % (Toleranzbereich)	4,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung							
04a	<b>Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"</b>							
ID 2063	Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt innerhalb von 24 Stunden nach Diagnose (sog. PCI)							
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt				
<b>271 / 278</b>	<b>97,5 %</b>	94,9 – 98,8 %	>= 85,0 % (Toleranzbereich)	94,5 %				
Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog							
R10	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>							
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich								
Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl								
Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.								



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **04b Erreichen des Rekanalisationsziels bei allen PCI**

ID 2064 Erfolgreiche Aufdehnung der Herzkranzgefäße in Bezug auf alle durchgeföhrten Aufdehnungen (sog. PCI)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>1122 / 1164</b>	<b>96,4 %</b>	95,2 – 97,3 %	>= 85,0 % (Toleranzbereich)	94,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Allerdings Hinweise auf Dokumentationsprobleme. Empirie gut. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkrankengefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **06a Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie**

ID 416

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>5 / 1219</b>	<b>0,4 %</b>	0,2 – 1,0 %	nicht definiert	1,1 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Gute Empirie.  
Perspektivisch: Weiterentwicklung des Indikators notwendig (u.a. Einbeziehung von ambulant im Krankenhaus durchgeführten Operationen, da es sonst zu einer Verzer



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **06b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie**

ID 50829 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei alleiniger Herzkatheteruntersuchung – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,35 / 2,33</b>	<b>0,15 O/E</b>	0,06 – 0,38 O/E	<= 2,71 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,04

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **06c Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI**

ID 417 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit durchgeföhrter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>10 / 1024</b>	<b>1,0 %</b>	0,5 – 1,8 %	nicht definiert	2,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Schlechte Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Rohe Rate sollte berichtet werden, um Case-Mix des Hauses errechnen zu können. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung							
<b>06d Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei PCI</b>								
ID 11863	Sterblichkeit während des Krankenausaufenthalts bei Patienten mit durchgeföhrter Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt							
O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt				
<b>0,83 / 3,12</b>	<b>0,26 O/E</b>	0,13 – 0,52 O/E	<= 2,40 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,06				
Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog							
R10	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>							
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich								
Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl								
Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.								



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkrankgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **07a Median der Durchleuchtungsdauer bei isolierter ID 419 Koronarangiographie**

Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei einer Herzkatheteruntersuchung

Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>/ 1671</b>	<b>4,2 Min.</b>	–	<= 5,0 min (Toleranzbereich)	3,0 min

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **07b Median der Durchleuchtungsdauer bei PCI**

ID 2073 Dauer der Durchleuchtung (Zentralwert) mit Röntgenstrahlen bei Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI)

Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>/ 1164</b>	<b>9,7 Min.</b>	–	<= 12,0 min (Toleranzbereich)	9,0 min

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Allerdings Hinweise auf Dokumentationsprobleme. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **08a Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy\*cm<sup>2</sup>**

ID 12774 Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung  
(Flächendosisprodukt über 3.500 cGy\*cm<sup>2</sup>)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>377 / 1669</b>	<b>22,6 %</b>	20,6 – 24,7 %	<= 51,1 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	26,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkrankgefäße (mittels Herzkatheter)

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

**08b Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy\*cm<sup>2</sup>**

ID 12775 Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkrankgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy\*cm<sup>2</sup>)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>33 / 200</b>	<b>16,5 %</b>	12,0 – 22,3 %	<= 61,9 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	29,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **21/3 – Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)**

Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)

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

### **08c Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy\*cm<sup>2</sup>**

ID 50749 Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy\*cm<sup>2</sup>)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>145 / 964</b>	<b>15 %</b>	12,9 – 17,4 %	<= 51,9 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	24,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut. Perspektivisch: Entwicklung eines risikoadjustierten Indikators. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

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

### **01a Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung**

ID 2116 Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>9 / 2162</b>	<b>0,4 %</b>	0,2 – 0,8 %	nicht definiert	0,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

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

### **01b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung**

ID 11732 Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,42 / 0,74</b>	<b>0,56 O/E</b>	–	<= 2,70 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,96

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

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

### **01c Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung**

ID 2117 Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 2 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>15 / 2162</b>	<b>0,7 %</b>	0,4 – 1,1 %	nicht definiert	0,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

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

### **01d Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung**

ID 11741  
Entstehung eines Druckgeschwürs (Grad 1 bis 4) während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,69 / 1,11</b>	<b>0,63 O/E</b>	–	<= 2,44 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,94

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung), wahrscheinlich aufgrund der eingeschränkten Verständlichkeit des O/E Verhältnisses. Dennoch eingeschränkte Empfehlung zur Veröffentlichung, um einheitliche Darstellung der Risikoadjustierung über alle QS-Verfahren hin



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

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

### **02a Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme**

ID 2118 Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 2162</b>	<b>0 Fälle</b>	–	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Da Sentinel Event aber erläuterungsbedürftig (absolute Zahlen sollten dargestellt werden). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **DEK – Pflege: Dekubitusprophylaxe**

Vorbeugung eines Druckgeschwürs

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

### **02b Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren**

ID 2264 Entstehung eines schweren Druckgeschwürs (Grad 4) während des Krankenhausaufenthalts, bei Patienten ohne besondere Risiken

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 1694</b>	<b>0 Fälle</b>	–	nicht definiert	0,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

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

### **1a Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Euroscore**

ID 51088 Entscheidung zum Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter) anhand bestimmter Kriterien

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>36 / 125</b>	<b>28,8 %</b>	21,6 – 37,3 %	>= 25,3 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	38,1 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

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

### **3a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 11994 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>11 / 131</b>	<b>8,4 %</b>	4,8 – 14,4 %	nicht definiert	5,8 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

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

### **3b Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**

ID 11995 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfallopération

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>11 / 129</b>	<b>8,5 %</b>	4,8 – 14,6 %	nicht definiert	5,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Sterblichkeit in diesem QS-Verfahren werden sämtlich zur Veröffentlichung empfohlen. Sowohl die Ergebnisse der empirischen Prüfung, als auch die Bewertung der Experten unterstützen diese Empfehlung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

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

### **3c Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 12168

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>101 / 101</b>	<b>1,33 %</b>	0,68 – 2,49 %	<= 2,45 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,91

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Sterblichkeit in diesem QS-Verfahren werden sämtlich zur Veröffentlichung empfohlen. Sowohl die Ergebnisse der empirischen Prüfung, als auch die Bewertung der Experten unterstützen diese Empfehlung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

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

### **3d Status am 30. postoperativen Tag**

ID 11997 Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>88 / 131</b>	<b>67,2 %</b>	58,7 – 74,6 %	nicht definiert	73,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)

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

### **3e Sterblichkeit nach 30 Tagen**

ID 11996 Sterblichkeit 30 Tage nach Operation

Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
/ 0	–	–	nicht definiert	6,7 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig. Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

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

### **3a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 340 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>6 / 174</b>	<b>3,4 %</b>	1,6 – 7,3 %	nicht definiert	2,9 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Sterblichkeit in diesem QS-Verfahren werden sämtlich zur Veröffentlichung empfohlen. Sowohl die Ergebnisse der empirischen Prüfung, als auch die Bewertung der Experten unterstützen diese Empfehlung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

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

### **3b Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**

ID 341 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfallopération

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4 / 167</b>	<b>2,4 %</b>	0,9 – 6 %	nicht definiert	2,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Sterblichkeit in diesem QS-Verfahren werden sämtlich zur Veröffentlichung empfohlen. Sowohl die Ergebnisse der empirischen Prüfung, als auch die Bewertung der Experten unterstützen diese Empfehlung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

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

### **3c Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 12092

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>174 / 174</b>	<b>1,01 %</b>	0,47 – 2,15 %	<= 1,66 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	0,92

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Sterblichkeit in diesem QS-Verfahren werden sämtlich zur Veröffentlichung empfohlen. Die verschiedenen Indikatoren sollten zusammen gesehen werden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

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

### **3d Status am 30. postoperativen Tag**

ID 345 Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>170 / 174</b>	<b>97,7 %</b>	94,2 – 99,1 %	nicht definiert	80,5 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Sterblichkeit in diesem QS-Verfahren werden sämtlich zur Veröffentlichung empfohlen. Sowohl die Ergebnisse der empirischen Prüfung, als auch die Bewertung der Experten unterstützen diese Empfehlung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)**

Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)

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

### **3e Sterblichkeit nach 30 Tagen**

ID 343 Sterblichkeit 30 Tage nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>5 / 170</b>	<b>2,9 %</b>	1,3 – 6,7 %	nicht definiert	2,8 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

Kombinierte Operation an den Herzkrankgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **3a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 359 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>6 / 140</b>	<b>4,3 %</b>	2 – 9 %	nicht definiert	5,3 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), gute Empirie.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

Kombinierte Operation an den Herzkrankgefäß und der Aorten-Herzklappe

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **3b Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**

ID 360 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>5 / 137</b>	<b>3,6 %</b>	1,6 – 8,3 %	nicht definiert	4,5 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

Kombinierte Operation an den Herzkrankgefäßen und der Aorten-Herzklappe

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **3c Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 12193 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>137 / 137</b>	<b>0,96 %</b>	0,45 – 2,03 %	<= 1,68 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	1,03

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

Kombinierte Operation an den Herzkrankgefäßen und der Aorten-Herzklappe

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

### **3d Status am 30. postoperativen Tag**

ID 11391 Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>138 / 140</b>	<b>98,6 %</b>	94,9 – 99,6 %	nicht definiert	82,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie**

Kombinierte Operation an den Herzkrankgefäßen und der Aorten-Herzklappe

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

### **3e Sterblichkeit nach 30 Tagen**

ID 362 Sterblichkeit 30 Tage nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	4,8 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Koronarchirurgie, isoliert**

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung							
1	<b>Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna</b>							
ID 332	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)							
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt				
<b>795 / 825</b>	<b>96,4 %</b>	94,9 – 97,4 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	94,1 %				
Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog							
R10	<b>Ergebnis liegt im Referenzbereich</b>							
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.								
Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl								
Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.								



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Koronarchirurgie, isoliert**

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

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

### **4a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 348 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>35 / 953</b>	<b>3,7 %</b>	2,7 – 5,1 %	nicht definiert	3,1 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Koronarchirurgie, isoliert**

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

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

### **4b Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**

ID 349 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>15 / 825</b>	<b>1,8 %</b>	1,1 – 3 %	nicht definiert	2,0 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Koronarchirurgie, isoliert**

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

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

### **4c Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 11617

Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>923 / 923</b>	<b>1,41 %</b>	0,98 – 2 %	<= 1,57 (90. Perzentil, Toleranzbereich)	1,04

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Sterblichkeit in diesem QS-Verfahren werden sämtlich zur Veröffentlichung empfohlen. Die verschiedenen Indikatoren sollten zusammen gesehen werden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Koronarchirurgie, isoliert**

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

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

### **4d Status am 30. postoperativen Tag**

ID 353 Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>939 / 953</b>	<b>98,5 %</b>	97,5 – 99,1 %	nicht definiert	79,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), gute Empirie.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HCH – Koronarchirurgie, isoliert**

Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)

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

### **4e Sterblichkeit nach 30 Tagen**

ID 351 Sterblichkeit 30 Tage nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>34 / 939</b>	<b>3,6 %</b>	2,6 – 5 %	nicht definiert	3,1 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), gute Empirie.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HTX – Herztransplantation**

Herztransplantation

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

### **1 Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 2157 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 20,0 % (Toleranzbereich)	17,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig**

Begründung: Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HTX – Herztransplantation**

### Herztransplantation

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

#### **2a Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ**

ID 12539 Fehlen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 5</b>	<b>0 %</b>	0 – 43,4 %	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	1,4 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

#### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie gut. Allerdings wurde inzwischen ein Referenzbereich eingeführt (Sentinel Event). Daher Einstufung in Kategorie 1.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HTX – Herztransplantation**

### Herztransplantation

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

#### **2b 30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12542 Überleben nach 30 Tagen (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4 / 5</b>	<b>80,0 %</b>	37,6 – 96,4 %	nicht definiert	89,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

#### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). 30-Tage Follow-Up kann auch zukünftig über die Einrichtung gewährleistet werden (Patienten sind an das transplantierende Zentrum gebunden). Indikator wird auch von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) veröf



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HTX – Herztransplantation**

### Herztransplantation

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

#### **3c 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12253 Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4 / 5</b>	<b>80,0 %</b>	37,6 – 96,4 %	nicht definiert	80,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

#### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HTX – Herztransplantation**

### Herztransplantation

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

#### **4c 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12269 Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4 / 7</b>	<b>57,1 %</b>	25 – 84,2 %	nicht definiert	76,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

#### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **HTX – Herztransplantation**

### Herztransplantation

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

#### **5c 3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12289 Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	72,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

#### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LTX – Lebertransplantation**

Lebertransplantation

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

### **1a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 2096 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 8</b>	<b>0 %</b>	0 – 32,4 %	<= 20,0 % (Toleranzbereich)	15,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), Fallzahlproblematik.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LTX – Lebertransplantation**

Lebertransplantation

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

### **2 Tod durch operative Komplikationen**

ID 2097 Sterblichkeit innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>0 / 8</b>	<b>0 %</b>	0 – 32,4 %	<= 5,0 % (Toleranzbereich)	1,3 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), Fallzahlproblematik.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LTX – Lebertransplantation**

Lebertransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **3 Postoperative Verweildauer**

ID 2133 Dauer des Krankenhausaufenthaltes nach Operation

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 30,0 % (Toleranzbereich)	23,8 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung konnte aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt werden.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LTX – Lebertransplantation**

Lebertransplantation

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

### **4a 1-Jahres-Überleben (bei nach Transplantation lebend entlassenen Patienten und bekanntem Status)**

ID 12343  
Überleben nach 1 Jahr bei den Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>9 / 10</b>	<b>90,0 %</b>	59,6 – 98,2 %	nicht definiert	93,3 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Eine statistische Prüfung konnte aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt werden. Perspektivisch: Entwicklung eines Worst-Case-Indikators. Trotzdem Veröffentlichung des bisherigen Indikators.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LTX – Lebertransplantation**

Lebertransplantation

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

### **4c 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12349 Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>9 / 11</b>	<b>81,8 %</b>	52,3 – 94,9 %	nicht definiert	76,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung und Vollzähligkeit empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über R



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LTX – Lebertransplantation**

Lebertransplantation

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

### **5c 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12365 Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>7 / 10</b>	<b>70,0 %</b>	39,7 – 89,2 %	nicht definiert	68,8 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Perspektivisch: Entwicklung eines Worst-Case-Indikators geplant.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LTX – Lebertransplantation**

Lebertransplantation

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

### **6c 3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12385 Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	67,7 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Perspektivisch: Entwicklung eines Worst-Case-Indikators geplant.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation**

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

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

### **1 Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 2155 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
/ 0	–		<= 20,0 % (Toleranzbereich)	9,1 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N01 Bewertung nicht vorgesehen**

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Perspektivisch: Entwicklung eines Worst-Case-Indikators geplant.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation**

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

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

### **2c 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12397 Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	81,0 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation**

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

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

### **3c 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12413 Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
/ 0	–	nicht definiert	64,6 %	

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N01 Bewertung nicht vorgesehen**

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **LUTX – Lungen- und Herz-Lungentransplantation**

Lungen- und Herz-Lungentransplantation

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

### **4c 3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12433 Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
/ 0	–	nicht definiert	59,3 %	

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N01 Bewertung nicht vorgesehen**

Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **01a Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten**

ID 51120 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>8 / 825</b>	<b>1,0 %</b>	0,5 – 1,9 %	nicht definiert	0,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig. Allerdings Veröffentlichung in Kombination mit dem als Veröffentlichungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator (QI 1b) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **01b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten**

ID 51119 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0,97 / 1,22</b>	<b>0,80 O/E</b>	0,40 – 1,56 O/E	<= 1,97 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,95

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **01c Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 51070 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>6 / 780</b>	<b>0,8 %</b>	0,4 – 1,7 %	nicht definiert	0,8 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **01d Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 50048 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,77 / 1,02</b>	<b>0,75 O/E</b>	0,35 – 1,63 O/E	<= 2,01 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,95

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **02a Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 51076 Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4 / 88</b>	<b>4,5 %</b>	1,8 – 11,1 %	nicht definiert	4,5 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

**02b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 50050 Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4,55 / 5,33</b>	<b>0,85 O/E</b>	0,33 – 2,09 O/E	<= 2,78 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,97

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **04a Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 51078 Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	3,4 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

**04b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 50052 Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>2,82 / 4,04</b>	<b>0,70 O/E</b>	0,19 – 2,40 O/E	<= 4,42 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	1,08

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **05a Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 51079 Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4 / 89</b>	<b>4,5 %</b>	1,8 – 11,0 %	nicht definiert	8,0 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig. Dennoch Einstufung in Kategorie 2, da eine Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichtungspflichtig eingestuften risikoadjustierten Indikator (QI 5b) sinnvoll ist.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

**05b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 50053 Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4,49 / 9,35</b>	<b>0,48 O/E</b>	0,19 – 1,18 O/E	<= 2,16 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,94

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **06a Kinder mit Nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 51085 Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>8 / 15</b>	<b>53,8 %</b>	–	nicht definiert	1,11

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); schwache Empirie.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **06b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 50060 Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,54 / 1,36</b>	<b>0,40 O/E</b>	–	<= 2,25 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,86

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **06c Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 51086 Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>8 / 15</b>	<b>53,8 %</b>	–	nicht definiert	1,31

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung): Eine statistische Prüfung konnte aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt werden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **06d Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 50061 Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>0,54 / 1,74</b>	<b>0,31 O/E</b>	–	<= 2,23 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,82

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie schwach. Veröffentlichung in Kombination mit dem als veröffentlichungspflichtige eingestuften Indikator zur rohen Rate (QI 8c) sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **07a Pneumothorax bei beatmeten Kindern**

ID 51087 Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>16 / 450</b>	<b>3,6 %</b>	2,2 – 5,7 %	nicht definiert	4,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **07b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)**

ID 50062 Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>3,56 / 5,48</b>	<b>0,65 O/E</b>	0,40 – 1,04 O/E	<= 2,32 (95. Perzentil, Toleranzbereich)	0,91

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08 Durchführung eines Hörtests**

ID 50063 Durchführung eines Hörtests

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>387 / 459</b>	<b>84,3 %</b>	80,7 – 87,4 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,1 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **D50 Bewertung nicht möglich**

Unvollständige oder falsche Dokumentation

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Es liegt eine unvollständige Dokumentation bei der Datenerhebung für die Qualitätssicherung vor. Unter Berücksichtigung der Daten, die direkt in der Hör-Screening-Zentrale erfasst wurden, liegt die Rate über den geforderten 95 %. Maßnahmen zur Verbesserung der Dokumentation des Hör-Screenings sind eingeleitet.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **09a Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad**

ID 50064 Körpertemperatur unter 36,0 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>53 / 817</b>	<b>6,5 %</b>	5,0 – 8,4 %	<= 11,8 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	4,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **09b Aufnahmetemperatur über 37.5 Grad**

ID 50103 Körpertemperatur über 37.5 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>44 / 817</b>	<b>5,4 %</b>	4,0 – 7,2 %	<= 15,2 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)	7,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NEO – Neonatologie**

Versorgung von Frühgeborenen

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

### **10 Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung**

ID 51174 Zusammenfassung der Versorgungsqualität Frühgeborener

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes- durchschnitt
<b>12,75 / 21,64 0,59 O/E</b>	0,35 – 0,95 O/E	<= 1,60 (95. Perzentil, Toleranzbereich)		0,96

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

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

### **1 Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 2137 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 32</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 10,7 %	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,0 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

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

### **11a Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende**

ID 12468

Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 19</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 16,8 %	nicht definiert	0,4 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahlen nicht durchgeführt. Es ist hervorzuheben, dass der Tod auch unabhängig von der Spende erfolgt sein



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **12 Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)**

ID 12644 Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 3 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 19</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 16,8 %	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,0 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung).

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

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

### **2 Dialyse beim Lebendspender erforderlich**

ID 2138 Dialyse beim Spender erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 32</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 10,7 %	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,0 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung)

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

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

### **4a Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende**

ID 12440

Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 32</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 10,7 %	nicht definiert	0,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung konnte aufgrund der geringen Fallzahlen nicht durchgeführt werden. Es ist hervorzuheben, dass der Tod auch unabhängig von der Spende erfolgt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **5 Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)**

ID 12636 Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 1 Jahr nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 32</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 10,7 %	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,6 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung							
7	<b>Neu aufgetretene arterielle Hypertonie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende</b>							
ID 12667	Neu aufgetretener Bluthochdruck innerhalb des 1. Jahres nach Nierenspende							
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt				
<b>8 / 32</b>	<b>25,0 %</b>	13,3 – 42,1 %	nicht definiert	17,9 %				
Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog							
N02	<b>Bewertung nicht vorgesehen</b>							
Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.								
Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl								
Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.								



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

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

### **8a Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende**

ID 12452

Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 32</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 10,7 %	nicht definiert	0,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NLS – Nierenlebendspende**

Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **9 Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)**

ID 12640 Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 2 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 32</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 10,7 %	0 Fälle Sentinel Event <sup>(y)</sup>	0,0 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **1 Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 2171 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 5,0 % (Toleranzbereich)	1,0 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung), mangelnde Risikoadjustierung.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **10 Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)**

ID 12810 Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>7 / 63</b>	<b>11,1 %</b>	5,5 – 21,2 %	nicht definiert	8,3 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung).



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **11 Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)**

ID 12735

Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>52 / 54</b>	<b>96,3 %</b>	87,5 – 99 %	nicht definiert	97,9 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **12c 3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12237 Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>53 / 63</b>	<b>84,1 %</b>	73,2 – 91,1 %	nicht definiert	91,0 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **13 Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)**

ID 12811 Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>5 / 60</b>	<b>8,3 %</b>	3,6 – 18,1 %	nicht definiert	9,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt. Aufgrund einer nur geringen Fragebogen-Rücklaufquote von 29,8 % und der hohe



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **14 Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)**

ID 12741 Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>50 / 52</b>	<b>96,2 %</b>	87 – 98,9 %	nicht definiert	98,3 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Höchstens 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt. Aufgrund einer nur geringen Fragebogen-Rücklaufquote von 29,8 % und der hohe



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **2a Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende**

ID 2184 Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) beim Empfänger

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>19 / 21</b>	<b>90,5 %</b>	71,1 – 97,3 %	>= 60,0 % (Toleranzbereich)	74,8 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Mäßige Bewertung (Expertenbefragung), mangelnde Risikoadjustierung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **2b Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende**

ID 2185  
Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines lebenden Spenders) beim Empfänger

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>31 / 32</b>	<b>96,9 %</b>	84,3 – 99,4 %	>= 90,0 % (Toleranzbereich)	95,7 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), mangelnde Risikoadjustierung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **3a Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende**

ID 2188 Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>19 / 21</b>	<b>90,5 %</b>	71,1 – 97,3 %	>= 70,0 % (Toleranzbereich)	87,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung), mangelnde Risikoadjustierung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **3b Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende**

ID 2189

Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (eines lebenden Spenders) bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>30 / 31</b>	<b>96,8 %</b>	83,8 – 99,4 %	>= 80,0 % (Toleranzbereich)	97,6 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung), mangelnde Risikoadjustierung.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **5c 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 2144 Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>69 / 73</b>	<b>94,5 %</b>	86,7 – 97,8 %	nicht definiert	96,1 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **6 Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)**

ID 12809  
Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	5,1 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung).

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **7 Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)**

ID 12729

Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>62 / 65</b>	<b>95,4 %</b>	87,3 – 98,4 %	nicht definiert	96,0 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung).



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **8 Keine behandlungsbedürftige Abstoßung innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation**

ID 50065  
Keine behandlungsbedürftige Abstoßung der transplantierten Niere innerhalb des 1. Jahres

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>66 / 73</b>	<b>90,4 %</b>	81,5 – 95,3 %	nicht definiert	86,5 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer verpflichtenden Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Eine statistische Prüfung wurde aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **NTX – Nierentransplantation**

Nierentransplantation

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

### **9c 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12199 Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>59 / 68</b>	<b>86,8 %</b>	76,7 – 92,9 %	nicht definiert	94,2 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Die Indikatoren zur Langzeitergebnisqualität (> 1 Jahr) weisen eine geringe Vollzähligkeit auf. Auch aus Gründen der Dokumentationsvereinfachung empfiehlt AQUA, diese Indikatoren zukünftig über Routinedaten abzubilden.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **01a Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme**

ID 2005  
Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>86 / 96</b>	<b>89,6 %</b>	81,9 – 94,2 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	96,8 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **S99 Sonstiges**

Einzelfälle in diversen Fachabteilungen abweichend dokumentiert

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

Die Diagnose der ambulant erworbenen Pneumonie wird in vielen Fachbereichen der Uniklinik Köln gestellt, zum Teil aber bei der Aufnahme noch nicht als führende Diagnose erkannt. Außerdem wird eine Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie in einzelnen Fachbereichen nicht standardmäßig durchgeführt. Schulungen hierzu werden weiterhin durchgeführt, aber bei der Vielzahl der Beschäftigten muss mit einer länger dauernden Lernkurve gerechnet werden.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung. Empirie mäßig. Für die Verbesserung der Versorgung wichtiger Prozessparameter. Daher Einstufung in Kategorie 1.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

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

**01b Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**

ID 2006  
Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>80 / 89</b>	<b>89,9 %</b>	81,9 – 94,6 %	nicht definiert	96,9 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer uneingeschränkten Veröffentlichung zu. Empirie mäßig.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

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

**01c Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)**

ID 2007  
Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>6 / 7</b>	<b>85,7 %</b>	48,7 – 97,4 %	nicht definiert	93,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer uneingeschränkten Veröffentlichung zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

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

**02 Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)**

ID 2009  
Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>77 / 85</b>	<b>90,6 %</b>	82,5 – 95,2 %	>= 90,0 % (Zielbereich)	94,3 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Sehr gute Bewertung. Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

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

**03a Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)**

ID 2012  
Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>15 / 16</b>	<b>93,8 %</b>	71,7 – 98,9 %	>= 90,2 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	95,6 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

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

**03b Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)**

ID 2013  
Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundesdurchschnitt
<b>45 / 50</b>	<b>90,0 %</b>	78,6 – 95,7 %	>= 80,5 % (10. Perzentil, Toleranzbereich)	91,2 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

**R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **04 Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme**

ID 2015 Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>55 / 74</b>	<b>74,3 %</b>	63,3 – 82,9 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	97,9 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **A41 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig**

Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

Dieses schlechte Ergebnis resultiert aus einer ungenügenden Datenübernahme aus der Patientenakte. Bei allen Patienten werden alle notwendigen laborchemischen Untersuchungen im erforderlichen Umfang durchgeführt. Zu diesem Dokumentationsproblem mag es auch gekommen sein, weil die Ja/Nein-Frage im Bogen für die Qualitätssicherung in dem Sinne missverstanden werden kann, ob diese Laborwerte genau am fünften Tag erhoben wurden. Dieser Punkt wird in die laufenden Schulungen aufgenommen.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung. Empirie mäßig bzw. gut bei vergleichsweise guter Diskriminationsfähigkeit.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

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

### **05a Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)**

ID 2018 Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	=> 95,0 % (Zielbereich)	96,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **05b Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)**

ID 2019 Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	=> 95,0 % (Zielbereich)	98,0 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **06 Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

ID 2028 Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>33 / 77</b>	<b>42,9 %</b>	32,4 – 54,0 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	91,9 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **A41 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig**

Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

Von den klinischen Stabilitätskriterien werden fast ausschließlich nur die Atemfrequenz und Pulsoxymetrie vor der Entlassung nicht dokumentiert. Dabei handelt es sich um ein reines Dokumentationsproblem. Kein Patient wird zu früh entlassen. Im Vergleich zum Vorjahr ist jedoch eine Steigerung von 26,7 % auf 42,9 % erkennbar. Schulungen hierzu werden weiterhin durchgeführt, aber bei der Vielzahl der Beschäftigten muss mit einer länger dauernden Lernkurve gerechnet werden.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **07 Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**

ID 2036 Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>32 / 33</b>	<b>97,0 %</b>	84,7 – 99,5 %	>= 95,0 % (Zielbereich)	98,0 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie schwach.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

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

### **08a Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 11878 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 14,4 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	8,7 %

Ziffer	Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog
--------	---

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl
---

Über 50 % der Befragten stimmen einer Veröffentlichung uneingeschränkt zu. Empirie gut.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08b Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen**

ID 50778 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

O = Objected / E = Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>1,96 / 6,08</b>	<b>0,32 O/E</b>	0,06 – 1,70 O/E	nicht definiert	0,89

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08c Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)**

ID 11879 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 4,8 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	1,8 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie schwach. In Kombination sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08d Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)**

ID 11880 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 15,2 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	9,2 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie gut bis auf Reliabilität. In Kombination sinnvoll. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **08e Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)**

ID 11881 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	- %	<= 40,9 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)	25,3 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Empirie mäßig, insbesondere Reliabilität. In Kombination sinnvoll.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie**

Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **09 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**

ID 50722 Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>54 / 91</b>	<b>59,3 %</b>	49,1 – 68,9 %	>= 98,0 % (Zielbereich)	91,2 %

Ziffer Bewertung der Arbeitsgruppe bei der QS NRW im Strukturierten Dialog

### **A41 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig**

Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Kommentar der Klinik III für Innere Medizin

Die Diagnose der ambulant erworbenen Pneumonie wird in vielen Fachbereichen der Uniklinik Köln gestellt, zum Teil aber bei der Aufnahme noch nicht als führende Diagnose erkannt. Außerdem wird die Atemfrequenz nicht in allen Fachbereichen standardmäßig gemessen. Schulungen hierzu werden weiterhin durchgeführt, aber bei der Vielzahl der Beschäftigten muss mit einer länger dauernden Lernkurve gerechnet werden.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung); Empirie gut.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **1 Sterblichkeit im Krankenhaus**

ID 2143 Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	<= 10,0 % (Toleranzbereich)	4,5 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **U32 Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig**

Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle.

Kommentar der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie

Bei diesem tragischen Verlauf eines einzelnen Patienten kam es nach initial guter Transplantatfunktion zu einer stetigen Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Nach einem epileptischen Anfall konnte eine das Gehirn betreffende Infektion mit Pilzabszessen (Aspergilus) als Ursache identifiziert werden. Diese typische, aber sehr seltene Komplikation einer Immunsuppression ist schwer oder wie im vorliegenden Fall nicht therapierbar. Die Infektion ist trotz aller Vorsorgemaßnahmen aufgetreten.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **2 Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung**

ID 2145 Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse bei Entlassung

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>4 / 5</b>	<b>80,0 %</b>	37,6 – 96,4 %	>= 75,0 % (Toleranzbereich)	85,3 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **3 Entfernung des Pankreastransplantats**

ID 2146 Entfernung der transplantierten Bauchspeicheldrüse

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
<b>0 / 6</b>	<b>0,0 %</b>	0 – 39 %	<= 20,0 % (Toleranzbereich)	13,4 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich**

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **4c 1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12493 Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	92,3 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **5 Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)**

ID 12824

Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 1 Jahr

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	84,9 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **6c 2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12509 Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	89,6 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

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

### **7 Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)**

ID 12841

Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 2 Jahren

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	81,1 %

Ziffer	Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog
--------	--

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **8c 3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)**

ID 12529 Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
< 4 / - (x)	-	-	nicht definiert	87,4 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Sehr gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

## **PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation**

Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation

QI Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

### **9 Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)**

ID 12861

Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 3 Jahren

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Bundes-durchschnitt
0 / - (x)	-	-	nicht definiert	71,7 %

Ziffer Bewertung der Fachgruppe beim AQUA-Institut im Strukturierten Dialog

### **N02 Bewertung nicht vorgesehen**

Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert.

Allgemeiner Kommentar der Fachkommission zur Bewertung der Veröffentlichungspflicht dieser Kennzahl

Gute Bewertung (Expertenbefragung). Seltenes Ereignis. BFG empfiehlt Zusammenfassung der Ergebnisse mehrerer Jahre. Fallzahlproblematik. Daher Einstufung in Kategorie 2.

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

**C-1.2.I B      Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren**

In dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2013 sind an dieser Stelle keine Qualitätsindikatoren angegeben.

**C-1.2.I C      Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren**

Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2013 ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle nicht vorgesehen.

**C-1.2.II      Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind**

Nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2013 ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu verhindern.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

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

In Nordrhein-Westfalen gibt es kein weiteres Verfahren zur externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

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

Leistungsbereich

Brustkrebs

**C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Neben verschiedenen fachabteilungsspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z. B. der NeoKiss Erhebung (Surveillance System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen) nimmt die Uniklinik Köln an keinen weiteren Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil. Diese Verfahren waren zwar bis 2003 im Rahmen des BQS-Verfahrens (externe vergleichende Qualitäts- sicherung nach § 137 SGB V) verpflichtend, werden aber seitdem nicht mehr weiterentwickelt.

**C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V**

Leistungsbereich	Mindestmenge (im Berichtsjahr 2012)	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2012)
Knie-TEP	außer Vollzug gesetzt	69
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	160
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	27
Lebertransplantation	20	43
Nierentransplantation	25	53
Stammzelltransplantation	25	224
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesinem Level 1	14	94
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht 1250g-1499g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesinem Level 2	14	30



## C-6

## Strukturqualitätsvereinbarung

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ15	Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)  Die Klinik und Poliklinik für Urologie erfüllt alle mit dem Verfahren verbundenen Anforderungen. Ein erfahrener Facharzt führt die Photoselektive Vaporisation der Prostata durch. Alle präoperativ notwendigen sowie vor der Entlassung und im Rahmen der vereinbarten Verlaufskontrollen überprüften Parameter werden dokumentiert.
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V  Die herzchirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Kinderkardiologie des Herzzentrums ist personell, technisch und räumlich sichergestellt. Ein multiprofessionelles Team aus Kinderherzchirurgen und -kardiologen, Anästhesisten, Kardiotechnikern, Pflegefachkräften, Physiotherapeuten und einer Diplom-Sozialpädagogin sowie modernste Technik mit Katheterlabor, MRT, extrakorporaler Membranoxygenisation, intraoperativer Echokardiographie und Herz-Lungenmaschine stehen zur Verfügung.
CQ01	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma  In der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie sind alle personellen, infrastrukturellen und logistischen Voraussetzungen für die stationäre Versorgung von Bauchaortenaneurysmen realisiert. Mit allen Verfahren vertraute Fachärzte, erfahrene Ärzte auf den Stationen sowie Pflegefachkräfte in der Intensivpflege betreuen die Patienten. Ein dem technischen Stand entsprechender OP-Saal mit invasivem Kreislaufmonitoring und intraoperativer bildgebender Diagnostik ist jederzeit einsatzbereit.
CQ05	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1  Die neonatologische Intensivstation erfüllt zusammen mit den Bereichen der Geburtshilfe und der Pränataldiagnostik alle personellen, fachlichen und infrastrukturellen Anforderungen an ein Perinatalzentrum Level I. Sie versorgt im deutschlandweiten Vergleich viele Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1500 g (in 2012: 124 Kinder). Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1000 g. Die Nachsorge erfolgt über das Sozialpädiatrische Zentrum.
CQ02	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten  Die Pädiatrische Onkologie und Hämatologie erfüllt alle Anforderungen: Facharztqualifikationen, Visiten- und Rufdienst, fachliche Qualifikation im Pflegedienst, multiprofessionelles Team, Psychosozialdienst, abteilungsinterne Besprechungen, Tumorkonferenzen, Information an hausärztlichen Vertragsarzt, Anforderungen an Einrichtungen und Dienstleistungen, Notfallversorgung, Referenzdiagnostik, Fort- und Weiterbildung, Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

C Qualitätssicherung

**C-7**

## **Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V**

	Anzahl
1. Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht <sup>1</sup> unterliegen	474
2. Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen	298
3. Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben <sup>2</sup>	232

<sup>1</sup> 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“ in der Fassung vom 19.03.2009 (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Anzahl der Personen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

**D**

## **Qualitätsmanagement**



## D-1

### Qualitätspolitik

Die Uniklinik Köln steht im Dienste kranker Menschen und erfüllt Aufgaben in Forschung und Lehre. Um diese Aufgaben nachhaltig zu erfüllen, wurde bereits 2009 mit dem Strategieprozess „Universitätsmedizin 2015“ begonnen. Der Vorstand beschloß unter Beteiligung einer Vielzahl von Führungskräften und Mitarbeitern der Uniklinik acht zentrale Ziele, die durch zahlreiche Maßnahmen und Projekte verwirklicht werden:

- Wir garantieren unseren Patientinnen und Patienten universitäre Spitzenmedizin
- Wir steuern auf der Basis von transparenten Daten, Kosten und Leistungen
- Die Finanzierung der Universitätsmedizin Köln ist stabil und zukunftsfähig
- Wir sind auf die Bedürfnisse der relevanten Zielgruppen ausgerichtet: der Patientinnen und Patienten, der Einweiser, Kooperationspartner, Beschäftigten, Studentinnen und Studenten und Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler
- Wir erbringen herausragende Leistungen in Forschung und Lehre
- Als Arbeitgeber bieten wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine attraktive Dienstleistungskultur, beste Bedingungen für Lernen und Wachsen, für Führung und Verantwortung
- Wir sind eine leistungsstarke, erfolgreiche, sich selbst bestimmende Einrichtung aus Fakultät und Klinikum innerhalb der Universität. Wir sind regionaler Marktführer und (über)regional vernetzt
- Wir arbeiten an einem der renommiertesten universitätsmedizinischen Standorte in Deutschland

Mit „Universitätsmedizin 2015“ sind die Ziele der Uniklinik gemeinsam mit der Medizinischen Fakultät für die Zukunft in Forschung, Lehre und Krankenversorgung formuliert worden. Viele der Maßnahmen und Projekte sorgen für eine bessere Steuerung der Uniklinik und sie sollen nachhaltig ihre ökonomische Unabhängigkeit und Leistungsfähigkeit sichern.

Der nachfolgende Strategieprozess Universitätsmedizin 2025 ist bereits gestartet worden. Dort wird der Zielrahmen der nächsten 10 Jahre festgelegt.

Die baulichen, technischen und medizintechnischen Strukturen legen die Rahmenbedingungen für die klinischen und technischen Prozesse fest und sind wesentliche Voraussetzungen für die Qualität der Leistungen. Deshalb wird die Uniklinik baulich und organisatorisch beständig erneuert und verbessert, in 2012 erfolgte u. a.

- die Fortsetzung der Sanierung und Renovierung des 18-geschossigen Bettenhochhauses, hier sollen später auch die Außenkliniken integriert werden
- Sanierung und Erweiterung der Intensivstationen im Zentralklinikum Bauteil B-D und der neurologischen Intensivstation
- der Bau des Diagnostik- und Therapiezentrums West
- der Neubau des Max-Planck-Instituts für die Biologie des Alterns und
- der Neubau des „Cluster of Excellence: Cellular stress response and aging-associated disease“ (CECAD)

Moderne an den aktuellen Erkenntnissen ausgerichtete Diagnostik und Behandlung ist wesentliches Merkmal universitärer Medizin. Da medizinische Forschung immer aufwändiger wird, kann es in den nächsten Jahren zu einem Konzentrationsprozess in der universitären medizinischen Forschungslandschaft kommen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## D Qualitätsmanagement

Die Uniklinik Köln hat mit dem Neubau des Zentrums für Molekulare Medizin (ZMMK), dem „Cluster of Excellence: Cellular stress response and aging-associated disease“ (CECAD) und der Ansiedlung des neuen Max-Planck-Institutes für die Biologie des Alterns auf dem Campus der Uniklinik wesentliche Voraussetzungen geschaffen, um ein forschungsstarker Standort zu bleiben. Damit können neue Erkenntnisse aus der Forschung auf kurzem Weg in die Klinik gelangen.

Organisatorische Maßnahmen und Projekte betreffen den Ausbau der Kliniken mit ihren Schwerpunkten zu gemeinsamen Zentren, wie z. B. das Herzzentrum, das Abdominalzentrum, das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) mit dem Brust-, dem Genital-, dem Darm- und Hautkrebszentrum. In diesen Zentren arbeiten unterschiedliche Fachbereiche zum Wohle und Nutzen des Patienten zusammen. Krebserkrankungen werden im CIO ganzheitlich behandelt. Ganzheitlich bedeutet einerseits die Integration der psychoonkologischen Behandlung im Haus Lebenswert und der Klinik für Psychosomatik in die somatische Behandlung, und andererseits die Integration der stationären und ambulanten Behandlungen. Dazu wird ein neues Diagnostik- und Therapiezentrum für die ambulante Krebsbehandlung auf dem Gelände der Uniklinik geplant, das CIO Ambulatorium.

Die Pflege des Patienten soll den ganzen Menschen umfassen. Die Patienten werden nach der Schwere der Probleme auf Intensivstationen, Intermediate Care oder Normalstationen versorgt. Um den Aufenthalt in der Uniklinik optimal zu organisieren, wird das Case Management eingesetzt. Die Termine für Diagnostik und für Interventionen werden zusammenhängend geplant, so dass möglichst geringe Wartezeiten auftreten. Ein Tochterunternehmen der Uniklinik, die Care Dienstleistungszentrum Cologne (CDC), unterstützt das Entlassungsmanagement, betreut die Patienten im ambulanten Bereich und stellt die Kontinuität und Qualität der nachstationären Versorgung sicher. Außerdem beteiligt sich die Uniklinik abgestimmt auf die klinischen Schwerpunkte an Verträgen der Integrierten Versorgung und an Disease Management Programmen.

Zur Zeit sind die Forschungsgruppen in Interimsbauten und im Zentrum für Molekulare Medizin Köln (ZMMK) untergebracht. Die Uniklinik beteiligt sich an klinischen Studien und strebt an, jeweils auch Studienzentrum zu werden. Damit kommen neue Erkenntnisse aus der klinischen Forschung den Patienten direkt zu Gute.

Die akademische Lehre ist integriert in die Wissenschaft und die Krankenversorgung. Der Modellstudiengang Medizin beschreitet neue Wege bei der Ausbildung, die Studenten werden früher in praktischen Fertigkeiten unterrichtet.

Die Förderung der Mitarbeiter und die eigene qualifizierte Ausbildung neuer Mitarbeiter sind unabdingbar für die Entwicklung der Uniklinik und für das Sichern des erreichten Niveaus. Die nichtakademische medizinische Ausbildung wird von staatlich anerkannten Fachschulen durchgeführt. Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter ist wesentlicher Teil der Personalentwicklung. Dazu bietet die Uniklinik eine Vielzahl von Angeboten in den klinischen und nichtklinischen Einrichtungen, betreibt ein eigenes Bildungszentrum und nutzt das Skills Lab der Medizinischen Fakultät als Trainingszentrum für Ärzte und Pflegende.

Die Uniklinik betreibt ein Qualitätsmanagement nach dem Stand der Wissenschaft und Technik. Die Kernprozesse werden beschrieben und vereinheitlicht. Das Qualitätsmanagementhandbuch ist konform zur ISO 9000 ff. Bereiche, die einen formalen Qualitätsnachweis benötigen, um gesetzlichen Anforderungen nachzukommen oder den Marktzugang zu erhalten, werden zertifiziert.



## D-2

### Qualitätsziele

Ziel der Uniklinik Köln ist es, in ihren drei Aufgabenfeldern Spitzenleistungen zu erzielen:

- Forschung
- Lehre
- Krankenversorgung

In der Forschung ist der Maßstab das internationale Spitzenniveau. Die Uniklinik und die Medizinische Fakultät stehen in enger Verbindung mit den anderen Fakultäten der Universität zu Köln und den Spitzenforschungseinrichtungen der Region und der ganzen Welt. Besonders hervorzuheben ist die enge Verzahnung mit der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät, der Max-Planck-Gesellschaft und dem Forschungszentrum Jülich. Die Errichtung von Sonderforschungsbereichen und die Erlangung von renommierten Forschungspreisen durch Forscher der Uniklinik sind Ausdruck für die Leistung und Anerkennung der Uniklinik Köln. Durch Errichtung des Neubaus des Max-Planck-Instituts für Biologie des Alterns und des „Cluster of Excellence: Cellular stress response and aging-associated disease“ (CECAD) steht den Forscherinnen und Forschern demnächst ein weiteres Gebäude mit modernster Labortechnik zur Verfügung. Das Gebäude ermöglicht eine räumliche Zusammenführung von Arbeitsgruppen aus unterschiedlichen Fachbereichen.

In der Lehre ist die Uniklinik mit dem Modellstudiengang Medizin wegweisend bei neuen Konzepten der akademischen Lehre. Die Medizinstudenten werden früher als bisher mit der Praxis vertraut gemacht. Im Skills Lab bekommen sie anhand von Modellen einen Einstieg in den praktischen Anteil des ärztlichen Berufes. Im Rahmen des Modellstudienganges werden die Studenten in Kleingruppen intensiv betreut. Damit soll die Qualität der Lehre gestärkt werden, so dass die Studenten mit besseren Voraussetzungen in ihren Beruf starten. Die Studiendauer und die Studienergebnisse sind Indikatoren für diese Ziele.

In der Krankenversorgung steht das Wohl des Patienten im Mittelpunkt. Bei den Ergebnissen der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird das höchste Niveau angestrebt. Das beginnt beim Ausschluss von Mängeln, der Vermeidung von Fehlern und dem Minimieren von Risiken. Die Patienten vor unerwünschten Ereignissen zu bewahren, ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung. Die Zentrale Krankenhaushygiene schützt den Patienten vor Infektionen durch das Krankenhaus. Die Sicherheit zeigt sich in einer niedrigen Rate der Infektionen. Ein umfassendes Risiko- und Fehlermanagement, das organisatorische, pflegerische und medizinische Fehler aufdeckt und auch aus Beinahefehlern Informationen sammelt, um Zwischenfälle mit Patienten zu vermeiden.

Die angemessene und für den Patienten annehmbare Behandlung, die seine Leiden lindert und seine Erkrankungen heilt, wird durch den Einsatz moderner wissenschaftlich abgesicherter Diagnostik und Therapie erreicht. Die reibungslose interdisziplinäre und die interprofessionelle Zusammenarbeit sind dafür notwendig. Dazu müssen die organisatorischen Abläufe klar definiert und für die Mitarbeiter nachvollziehbar sein. Wesentliches Hilfsmittel ist ein klinisches EDV-System, das alle Kliniken und Institute durchdringt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

D Qualitätsmanagement

## D-3

### Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ziel ist es, ein umfassendes Qualitätsmanagement nach dem Stand von Wissenschaft und Technik für die gesamte Uniklinik aufzubauen. Dadurch soll eine größtmögliche, abteilungsübergreifende Vereinheitlichung von diagnostischen, therapeutischen und administrativen Verfahren sowie organisatorischen Abläufen erzielt werden. Zentrale Verfahren, die für alle Kliniken gültig sind, werden vom Vorstand freigegeben und dann eingeführt. Parallel dazu entwickeln die Abteilungen eigene QM-Systeme, um ihre spezifischen Anforderungen und Leistungen zu dokumentieren und zu regeln. Dabei werden sie vom Zentralbereich beraten. Diese Struktur ermöglicht es, Kompetenzen zu bündeln, Problemlösungen berufsgruppenübergreifend zu entwickeln und Ressourcen optimal zu nutzen.

Im Zentralbereich Medizinische Synergien ist das zentrale Qualitätsmanagement zusammengefasst. Es umfasst:

- Interne Risikoaudits, Begehungen der klinischen Bereiche zusammen mit der Zentralen Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und der medfacilities sowie den ärztlichen und pflegerischen Vertretern der begangenen Bereiche
- Koordination der Begehungen und Inspektionen der Aufsichtsbehörden sowie Nachverfolgung der Monita und geforderten Maßnahmen
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Beschwerdemanagement
- Fall- und Prozessanalysen: Bei Schadensfällen oder kritischen Ereignissen werden die einzelnen Fälle gemäß dem London-Protokoll aufgearbeitet oder für einen abgeschlossenen Bereich eine gesamte Analyse der Prozesse durchgeführt. Dies geschieht meist in Form von studentischen Bachelor- oder Masterarbeiten
- Gesetzliche Zwischenfallmeldung nach AMG, TPG MPG, soweit sie nicht von der zuständigen Abteilung durchgeführt wird
- Sturzerfassung und -analysen
- Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
- Organisation der Patientenbefragung
- Interne Audits
- Ideenwettbewerb
- Beratung von Kliniken, Instituten, Schwerpunkten und Bereichen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen
- IT-gestützte Dokumentenlenkung
- Mitarbeiterqualifikation durch das Bildungszentrum mit einem umfassenden Seminarprogramm und Weiterbildungsangeboten

Der Zentralbereich ist direkt dem Vorstand zugeordnet und untersteht dem Ärztlichen Direktor. Der Vorstand beauftragt den Zentralbereich mit der Planung und Umsetzung von Projekten und regelmäßigen Aufgaben des Qualitätsmanagements. Der Zentralbereich berichtet dem Vorstand über Verlauf und Ergebnisse seiner Arbeit.

Der Leiter vertritt den Zentralbereich in den Lenkungskommissionen der Uniklinik. In diesem Rahmen werden auch die Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung (nach § 137 SGB V) der Bundesebene (AQUA-Institut Göttingen) und der Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen (QS NRW) zusammengeführt und koordiniert.



## D-4

## Instrumente des Qualitätsmanagements

### Klinisches Risikomanagement

Die Uniklinik Köln strebt ein umfassendes Klinisches Risikomanagement an. Universitäre Medizin ist gefahrengeneigt, jede Operation, jeder invasive Eingriff und jedes hochwirksame Medikament kann unerwünscht wirken. Zusätzlich zu den Risiken, die der medizinischen Diagnostik und Therapie innewohnen, können weitere Risiken durch menschliche Fehler, versagende Technik oder insuffiziente Organisation auftreten. Das Klinische Risikomanagement bekämpft besonders diese zusätzlichen Risiken.

Diese Risiken müssen erkannt und aufgedeckt werden, bevor ein Schaden für den Patienten entsteht. Meistens sind solche Risiken nicht offensichtlich und es ist eine besondere Aufgabe sie rechtzeitig zu entdecken. Deshalb werden unterschiedliche Rückkopplungssysteme entwickelt und aufrechterhalten. Damit soll der Vorstand und andere Verantwortliche der Patientenbehandlung Informationen bekommen, die nicht auf den hierachischen Informationswegen von Mitarbeitern zu Vorgesetzten basieren. Die Rückkopplungssysteme sollen für alle betroffenen Mitarbeiter oder Patienten offen sein, sie sollen niederschwellig und einfach sein. Folgende Rückkopplungssysteme werden in der Uniklinik vom Zentralbereich Medizinische Synergien betrieben:

- Beim **Critical Incident Reporting System (CIRS)** können Mitarbeiter anonym und sanktionsfrei Risiken für Patienten und Mitarbeiter melden. Das CIRS dient der schnellen Erfassung von kritischen Ereignissen (critical incidents) und ermöglicht im Bedarfsfall ein schnelles Einleiten von Korrekturmaßnahmen.
  - Voraussetzung für das Gelingen eines CIRS ist die sanktionsfreie Bearbeitung der Berichte und die vorurteilsfreie Suche nach den Ursachen. Häufig sind es organisatorische Defizite, die zu kritischen Ereignissen führen, z. B. wenn gefährliche Medikamente aufgrund mangelnder Kennzeichnung leicht verwechselt werden können.
  - Die Berichte werden in vertraulicher oder auch anonymer Form über ein elektronisches Formular an einen unabhängigen Dritten geschickt, dies ist hier der Zentralbereich Medizinische Synergien. Dort werden sie anonymisiert und an das CIRS-Team der zuständigen Abteilung weitergeleitet, das die Berichte weiter bearbeitet.
  - Die Anzahl der CIRS Meldungen ist im Jahre 2012 weiter gestiegen und betrug 301. Besonders beachtlich ist die hohe Quote von 80 % der Meldungen, bei denen die Mitarbeiter ihren Namen für Rückfragen offenbarten. Das weist auf ein hohes Vertrauen in dieses Instrument hin.
- Das **Beschwerdemanagement** ist für Patienten, ihre Angehörigen und Besucher des Klinikums. Sie sollen Missstände, Störungen und ggf. auch Fehlverhalten von Mitarbeitern der Uniklinik berichten. Den Beschwerden wird nachgegangen und der Sachverhalt aufgeklärt. Gegebenenfalls werden dann Korrekturmaßnahmen ergriffen.
- **Patientenbefragungen** gehören neben dem Beschwerdemanagement zu einer sehr wichtigen Informationsquelle zu der Frage, wie die Uniklinik wahrgenommen wird. Während das Beschwerdemanagement sich auf jeden einzelnen Fall fokussiert, lassen sich aus den Patientenbefragungen auch statistische Auswertungen ableiten. Die Uniklinik befragt jährlich ca. 5.000 Patienten der Monate September bis November, die nach einem Zufallsverfahren ausgewählt und angeschrieben werden. Diese Befragung wird vom unabhängigen renommierten Picker-Institut aus Hamburg durchgeführt.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## D Qualitätsmanagement

- Mit fast 2.500 Antworten erreichte das Uniklinikum eine gute Rücklaufquote von über 50 %. Die Auswertung durch das Picker-Institut liegt jeweils im Frühjahr des folgenden Jahres vor. Inzwischen liegen in 2012 die Ergebnisse der dritten Befragung vor, so dass sich jetzt Wirkungen durch die ergriffenen Maßnahmen nachvollziehen lassen. Deutlich wird, dass die Sanierung von Gebäuden oder der Neubau von Kliniken bei den Patienten ein Gefühl der größeren subjektiven Sauberkeit hervorruft.
- Alle Ergebnisse werden für die einzelnen Kliniken aufbereitet und dort den Mitarbeitern und Leitungen vorgestellt. Daraus resultiert eine Vielzahl von einzelnen Verbesserungsmaßnahmen.
- Des Weiteren werden die Patientenbefragungen der Krankenkassen, wie AOK oder der Technikerkrankenkasse sorgfältig ausgewertet.
- Bei den **Internen Risikoaudits** werden klinische Bereiche gemeinsam vor Ort begangen. Für jeden Bereich wird eine Checkliste erstellt, sie basiert auf den Hinweisen (Monita) der amtsärztlichen Begehungen, soweit diese vorliegen. Das Qualitätsmanagement begeht dann den klinischen Bereich gemeinsam mit der Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und der medfacilities (dem Tochterunternehmen der Uniklinik für Bau und Technik), sowie dem hygienebeauftragten Arzt und der hygienebeauftragten Pflegekraft. Dieses Vorgehen wurde in 2012 entwickelt und zusammen mit der UniReha getestet. In 2013 werden weitere klinische Bereiche begangen werden. Die Internen Risikoaudits sollen jeden klinischen Bereich anlaßlos begehen, um Risiken aufzudecken, die den Nutzern nicht bewusst sind 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 unter anderem 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 wurde von 220 im Jahre 2011 auf 379 im Jahre 2012 gesteigert. Hier zeigt sich die steigende Akzeptanz des Ideenwettbewerbs bei den Mitarbeitern der Uniklinik. Die Umsetzungsquote der eingereichten Ideen liegt bei ca. 9%. Dieses ist vergleichbar zu anderen Organisationen und Krankenhäusern.
- **Interne Audits der QM Systeme:** Im Berichtsjahr wurden insgesamt neun interne Systemaudits durchgeführt. Ebenso wurden Audits nach den Richtlinien der Deutschen Krebsgesellschaft für Organzentren, der Deutschen Schlaganfallgesellschaft für überregionale Stroke Units durchgeführt. Abweichungen und Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen wurden den jeweiligen Direktoren und Leitern berichtet.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

D Qualitätsmanagement

## Rechnergestützte Dokumentenlenkung

Seit 2009 führt das Qualitätsmanagement der Uniklinik Köln eine rechnergestützte Dokumentenlenkung ein. Regeln, Dienst-, Verfahrensanweisungen und Standards werden dort systematisch abgelegt und im Intranet zugänglich gemacht.

Nach einem Auswahlverfahren unter Beteiligung der Kliniken und Institute, die ein QM-System im Rahmen des Gewebegesetzes etabliert haben, wurde ein entsprechendes Software-System beschafft. Mit dessen Hilfe lassen sich die QM-Dokumente nicht nur veröffentlichen, sondern auch per Mail ausgewählte Personengruppen über neue und revidierte Dokumente informieren. Damit kann sichergestellt werden, dass Informationen zu Neuerungen gezielt verteilt werden können. Das System ist inzwischen in folgenden Bereichen, Kliniken und Instituten im Einsatz:

- Transfusionsmedizin
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Brust- und Genitalkrebszentrum
- Innere Medizin 1 und Centrum für integrierte Onkologie (CIO)
- Augenheilkunde – Hornhautbank
- Urologie
- Apotheke
- Virologie
- Hautklinik – Hauttumorzentrum
- Darmkrebszentrum
- unireha
- Zentralbereich Medizinische Synergien

In den einzelnen Instanzen der Dokumentenlenkung werden jeweils bis zu 1.500 Dokumente gelenkt. Der Ausbau in weitere Bereiche, Kliniken und Institute schreitet kontinuierlich voran.

## Leitfaden für Einführung von QM Systemen

Für die Kliniken und Institute wurde ein Leitfaden erstellt, wie die Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 für eine Klinik, ein Institut oder einen anderen Schwerpunkt oder Bereich der Uniklinik entwickelt werden kann. Dabei wurden die Spezifika der Uniklinik Köln berücksichtigt und die Anforderungen der Norm in eine für Klinikmitarbeiter angemessene Form übertragen. Der Leitfaden ist modular aufgebaut und mit Beispielen und Vorlagen für die praktische Anwendung versehen. Der Leitfaden ist im Intranet veröffentlicht und somit jedem Mitarbeiter der Uniklinik frei zugänglich.

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

D Qualitätsmanagement

## 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 9000:2008 und an den Gute Praxis Richtlinien (Gute Hospital Praxis, Good Clinical Practice, Good Manufacturing Practice, Good Laboratory Practice).

Um ihre spezifischen Leistungen abzubilden und zu regeln, entwickeln viele Abteilungen ein eigenes QM-System (QMS). Die Transfusionsmedizin verfügt z. B. seit 2001 über ein umfassendes QM-System für die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten.

### Zertifizierungen

Bereiche	QMS und Zertifikate
Abdominalzentrum - Darmzentrum	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 und nach den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an Darmkrebszentren TÜV Süd Management Service GmbH, München
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV Süd Management Service GmbH, München
Klinik für Dermatologie - Hauttumorzentrum	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 und nach den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an Hautkrebszentren TÜV Süd Management Service GmbH, München und OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Frauenklinik - Brustzentrum Köln-Frechen	QMS nach den Anforderungen des Landes NRW für Brustzentren ÄKZERT der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster
Frauenklinik - Gynäkologisches Krebszentrum - Brustkrebszentrum	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 und nach den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an Gynäkologische Krebszentren ClarCert GmbH für Management und Personal, Neu-Ulm und OnkoZert der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Berlin
Klinik Medizin I - CIO	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV Süd Management Service GmbH
Klinik und Poliklinik für Neurologie - Stroke Unit	QMS für eine Überregionale Stroke Unit nach dem Qualitätsstandard der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe LGA InterCert GmbH, Nürnberg
Klinik und Poliklinik für Urologie - inklusive Prostatazentrum (DVPZ)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV Süd Management Service GmbH
Klinik und Poliklinik für Kinder und Jugendmedizin: Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV Süd Management Service GmbH
Institut für Klinische Chemie	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189:2007 Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie GmbH, Frankfurt am Main
Institut für Rechtsmedizin	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie GmbH, Frankfurt am Main
Institut für Pathologie	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020:2004 Deutsches Akkreditierungssystem Prüfwesen GmbH, Berlin



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

## D Qualitätsmanagement

Bereiche	QMS und Zertifikate
Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie – Medizinische Informatik: Planung, Durchführung, Informatik, statistische Auswertung und Publikation klinischer Studien	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV Rheinland Cert GmbH, Köln
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin: Medizinische Laboratoriums- diagnostik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189:2007 DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH, Frankfurt am Main
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin: Forensik	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005 DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH, Frankfurt am Main
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin: HLA - Labor	Akkreditierung nach den Standards der EFI, Version 5.6 EFI, European Federation for Immunogenetics, Leiden (Niederlande)
Sozialdienst: Psychosoziale Beratung und Entlassmanagement	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 TÜV SÜD Management Service GmbH, München
MedUniServ GmbH Logistische Dienstleistungen (Materialversorgung, Textilwirtschaft und Projektmanagement)	QMS nach DIN EN ISO 9001:2008 infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH, Neuss

## Leitbildentwicklung

Das bestehende Leitbild der Uniklinik von 2005 entsprach im Stil und Darstellung nicht mehr der aktuellen Situation. Deshalb wurde ein umfassender Prozess gestartet ein neues Leitbild zu entwickeln. Über 100 Mitarbeiter wurden zu ihrem Selbstverständnis als Mitarbeiter der Uniklinik, ihren Erwartungen an sich und an die Uniklinik in Einzelinterviews befragt. Die Mitarbeiter kamen aus allen Führungsebenen von Direktoren und Vorstand bis zu Mitarbeitern ohne jegliche Führungsverantwortung. Ebenso wurden Mitarbeiter vieler unterschiedlicher Berufsgruppen und Einsatzorte befragt. Darunter waren Wissenschaftler, Forscher, Lehrende, Technischer Dienst, Labore Pflege, Ärzte und Mitarbeiter unterschiedlicher Verwaltungsbereiche.

Aus diesen sehr vielfältigen Antworten wurden gemeinsame Leitsätze herausgearbeitet, zusammen mit der Strategie Universitätsmedizin wurde ein gemeinsames Leitbild der Uniklinik und der Medizinischen Fakultät entwickelt, das in 2013 verabschiedet wurde.

## Web based Training zur Dekubitus Prophylaxe

Zusammen mit dem Wundmanagement der Pflege wurde ein elektronisches Curriculum eines Web based Trainings zur Dekubitus Prophylaxe entwickelt. Das Training umfasst 5 Lernstunden und endet mit einer Abschlussprüfung, die als multiple choice Test aus einem Fragenpool von 600 Fragen jedes Mal neu erzeugt wird. Nach bestandenem Abschlusstest kann sich jeder ein personalisiertes Zertifikat ausdrucken. Pflegende können sich mit diesem Abschlusszertifikat eine Stundengutschrift auf ihre Arbeitszeit geben lassen. Damit können sich sehr viele Mitarbeiter zu den von ihnen gewählten Zeiten fortbilden und es entstehen keine Referenten-, Raum- und sonstige Planungs- und Durchführungsaufwände.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

D Qualitätsmanagement

### **Prozessanalyse: MRT Diagnostik**

Der Bedarf an MRT-Diagnostik steigt zusammen mit der Anzahl der Patienten und den immer weiteren diagnostischen Möglichkeiten. Um die Steigerung der MRT-Anzahl bei den gegebenen baulichen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu realisieren, wurde eine umfassende Ablaufanalyse der Prozesse im MRT durchgeführt, eine Reihe von Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert und die wichtigsten davon umgesetzt. Damit können die gestiegenen Anforderungen besser bewältigt werden.

### **Reorganisation der Verwaltung**

Unter Federführung des Kaufmännischen Direktors wurde ein Projekt zur Einsparung und Qualitätsverbesserung im Verwaltungsbereich der Uniklinik initiiert. Führungskräfte der mittleren und oberen Führungsebene legten die Schwerpunkte fest, die entweder deutliche Verbesserungs- oder Einsparpotentiale aufweisen. Dafür wurden die Prozesse durchleuchtet und zum Teil reorganisiert.

Dazu zählt der Ideenwettbewerb, der Beschaffungs- und Logistikprozess, der Personaleinstellungs- und Personalbetreuungsprozess. Für die Prozesse werden Kennzahlen entwickelt und in monatlichen Abständen an den Kaufmännischen Direktor berichtet.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2012

D Qualitätsmanagement

## D-6

## Bewertung des Qualitätsmanagements

### Audits

Im Rahmen der Zertifizierung des Brustzentrums wurden alle beteiligten Kliniken und Institute, die Universitätsfrauenklinik, das Institut für Radiologie, das Institut für Pathologie, die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin und die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie internen Audits unterzogen. Die Audits wurden anhand der vorliegenden Verfahrensanweisungen vor Ort bei den Mitarbeitern durchgeführt. Sie orientierten sich am Stand der ISO 9000 ff. Alle zertifizierten QM-Systeme werden jährlich auditiert und die Ergebnisse im Management Review bewertet.

### Benchmarking

Das Brustzentrum der Klinik für Frauenheilkunde hat sich auch 2012 wieder an einem freiwilligen Benchmarking beteiligt. Ausgewertet werden die Daten durch das Westdeutsche Brust-Centrum (Westdeutsches Brust-Centrum GmbH).

Die externe vergleichende Qualitätssicherung ist Teil der klinischen Prozesse. Die Daten werden vom Zentralbereich Medizinische Synergien auch unterjährig ausgewertet und den Klinikdirektoren und dem Vorstand vorgestellt.

### Befragungen

Sowohl die selbst durchgeführten Befragungen des QUIPS-Projekts und 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

### Datensatz nach § 21 KHEntgG (Stationäre Versorgung)

Einheitliche Datengrundlage für die Top-Listen zu ICD- und OPS-Codes im Strukturierten Qualitätsbericht ist der Datensatz gemäß § 21 KHEntgG für das Jahr 2012.

Dieser Datensatz enthält Daten zu allen stationären Fällen und wird einmal jährlich vom Medizin-Controlling erstellt und gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gesendet.

Begleitpersonen und rein vorstationäre Fälle wurden herausgefiltert, teilstationäre Fälle wurden nur für die Top-Listen der OPS-Codes berücksichtigt.

Daten zu ambulanten Fällen sind im Datensatz nach § 21 KHEntgG nicht enthalten und können auch gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht in den Top-Listen zu den ICD- und OPS-Codes im Strukturierten Qualitätsbericht mitgezählt werden.

### Top-Listen zu ICD-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der Hauptdiagnose nach ICD ist anhand der entlassenen Fachabteilung umgesetzt.

Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen der Uniklinik Köln, bei dem ein Fall und damit dessen Hauptdiagnose der Fachabteilung mit der kumuliert längsten Verweildauer eines Patienten zugeordnet wird.

### Top-Listen zu OPS-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der OPS-Codes ist gemäß den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses nach der erbringenden Fachabteilung vorzunehmen.

Das Datenmodell nach § 21 KHEntgG sieht kein Feld für die erbringende Fachabteilung vor, hilfsweise lässt sich über die Zeitangaben in der OPS-Tabelle und der FAB-Tabelle (Fachabteilungsaufenthalte) die liegende Fachabteilung ermitteln, sofern die Zeitstempel korrekt sind.

Die Verknüpfung zum Leistungserbringer wird z. Z. allerdings auch weder im Klinik-Informations-System ORBIS noch im abrechnenden System SAP IS-H gespeichert, daher kann sie auch nicht in der nachfolgenden Datenverarbeitung, wie dem Data Warehouse oder dem daraus abgeleiteten Datensatz nach § 21 KHEntgG enthalten sein.

Daher wurde erstmalig für den Strukturierten Qualitätsbericht 2006 die Zuordnung der OPS-Codes regelbasiert zur erbringenden Fachabteilung vorgenommen.

Der OPS-Katalog wurde systematisch daraufhin überprüft, ob eine Leistung typischerweise von einer Fachabteilung erbracht wird, wie z. B. ein Computertomogramm von der Radiologie. Dabei hatte sich gezeigt, dass die Information, auf welcher Fachabteilung der Patient liegt, ein zusätzlich entscheidendes Kriterium sein kann, bei welcher Fachabteilung die Leistung konsiliarisch angefordert wird.

Anhand dieser Analyse wurde ein Regelwerk erstellt, das in der hausinternen Kommunikation korrigiert und ergänzt werden kann und das anhand des OPS-Codes und der „liegenden“ (anfordernden) Fachabteilung die Leistung der erbringenden Fachabteilung zuordnet.

Neben der damit verbundenen Fallzahlerhöhung bei den typischen Leistungen einer Fachabteilung wurde auch eine stringenter Darstellung des jeweiligen Leistungsspektrums erreicht.



Daneben besteht bei der Leistungsdarstellung allerdings noch das durch diese Regel-anwendung nicht lösbar Problem, dass sich aus klinischer Sicht als ähnlich oder gleichartig anzusehende Leistungen auf verschiedene vierstellige OPS-Codes auf-teilen. Da jeder dieser Codes für die Top-Listen einzeln und pro Fachabteilung gezählt wird, kann es dazu kommen, dass die aus der klinischen Sicht erwartete oder geschätzte Anzahl bei einem OPS-Code nicht erreicht wird.

Weitere Probleme bestehen darin, dass es nicht für jede medizinische Leistung einen entsprechenden OPS-Code gibt, dass die Kodierrichtlinien bei einigen OPS-Codes vorgeben, dass er nur einmal pro Fall kodiert bzw. gezählt werden darf, während andere OPS-Codes bei jeder erbrachten Leistung erfasst werden müssen, und dass es in der Praxis für die Vollständigkeit der Erfassung nicht immer unerheblich ist, ob ein OPS-Code dann auch direkt erlösrelevant ist bzw. wie der Arbeitsprozess der OPS-Kodierung in den einzelnen Fachabteilungen organisiert ist.

Auch durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebene Beschränkung auf stationäre Fälle kommt es manchmal zu einer scheinbaren Minderung in der Leistungsdarstellung.

### **Vergleichbarkeit zum Vorjahr**

Die Kataloge zu ICD und OPS unterliegen einem jährlichen Wandel, die einen jahres-übergreifenden Vergleich nicht ohne nähere Prüfung zulassen.

Hinzu kommt, dass auch ein verändertes Kodierverhalten, z. B. durch Änderungen bei den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), durch Übernahme der Kodierung durch die Medical Coder oder auch durch Personalwechsel im ärztlichen Bereich, einen großen, aber nicht genau abgrenzbaren Einfluss haben kann.

Aufgrund der sich durch die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses geänderten Auswertungs- und Zuordnungssystematik können die Strukturierten Qualitätsberichte im Hinblick auf Fallzahlen bei ICD- und OPS-Codes ebenfalls nicht jahres-übergreifend verglichen werden.

### **Vergleichbarkeit zu anderen Berichten**

Die Angaben zu Fallzahlen im Jahresbericht (Geschäftsbericht) werden nach den Regeln der Landeskrankenhäusstatistik berechnet, die Angaben zu Fallzahlen im Strukturierten Qualitätsbericht werden gemäß der DRG-Systematik ermittelt. Diese unterschiedlichen Vorgaben führen zu unterschiedlichen Angaben, die Fallzahlen im Jahresbericht und im Strukturierten Qualitätsbericht können daher nicht miteinander verglichen werden.

Projektleitung  
Zentralbereich Medizinische Synergien  
Dr. med. Martin Klein  
13.01.2014



## **Impressum**

### **Verantwortliche für den Qualitätsbericht**

#### **Ärztlicher Direktor**

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig  
Vorstandsvorsitzender

Hausanschrift: Kerpener Str. 62, 50937 Köln  
Postanschrift: 50924 Köln  
Telefon +49 (0)221/478-6241  
E-Mail aerztlicher.direktor@uk-koeln.de

#### **Redaktionelle Bearbeitung**

Projektleitung  
Dr. med. Martin Klein  
Zentralbereich Medizinische Synergien

Telefon +49 (0)221/478-86850  
Telefax +49 (0)221/478-6778  
E-Mail martin.klein@uk-koeln.de

Angaben zum Pflegepersonal  
Kai-Uwe Buschina (Zentrale Pflegedirektion)

Datensatz gemäß § 21 KHEntG für das Jahr 2012  
Ulrich Fehre (Stabsabteilung Controlling)

Datenauswertung für den ambulanten Bereich  
Roman Voskoboinik (Stabsabteilung Controlling)

Die weiteren Angaben zu den Fachabteilungen wurden bei den  
Direktoren der Kliniken und den Leitern der Institute angefragt.

Redaktion für den Systemteil (Kapitel D - Qualitätsmanagement)  
Dr. rer. nat. Thomas Groß (Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien)

Alle Rechte bei den Urhebern

Laiensprachliche Übersetzungen zu ICD- und OPS-Katalogen  
Bertelsmann Stiftung ([www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de))

Software zur Datenaufbereitung  
empira Software GmbH ([www.empira.de](http://www.empira.de))

Alle Fotos  
MedizinFotoKöln (MFK), Dekanat der Universität zu Köln

Alle Strukturierten Qualitätsberichte der Uniklinik Köln 2004 – 2012 (PDF)  
[www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte](http://www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte)