



Krankenhaus Holweide

Qualitätsbericht 2018

Strukturierter Qualitätsbericht nach § 136b SGB V
für das Berichtsjahr 2018 – erstellt am 15.11.2019

Einleitung

Krankenhaus Holweide

Das Krankenhaus Holweide, eins der drei Krankenhäuser der Kliniken Köln, erfüllt die Aufgaben der ortsnahen Schwerpunktversorgung mit den Fachabteilungen Anästhesiologie, Brustzentrum, Chirurgie, Innere Medizin, Radiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Klinik und Urologie. Gemeinsam mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße wird ein Perinatalzentrum mit 10 Betten betrieben.

Auf dem Gelände des Krankenhauses sind das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung, die Zentralverwaltung mit der Geschäftsführung sowie die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (die organisatorisch zum Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße gehört) angesiedelt.

Das Krankenhaus Holweide ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Alle Abteilungen engagieren sich im Bereich der ärztlichen Weiterbildung. 2014 wurde der erste Kölner Weiterbildungsverbund unter Beteiligung des Krankenhaus Köln-Holweide und niedergelassener Ärztinnen und Ärzten gegründet. Im Verbund bieten die Kooperationspartner einen gemeinsamen verbindlichen Ausbildungsplan für die insgesamt 60-monatige Weiterbildungszeit. Feste Ansprechpartner erleichtern den Weg durch die Weiterbildung. Gemeinsam können die Partner ein breites inhaltliches Spektrum bieten und deutlich machen, wie abwechslungsreich und interessant das Berufsbild des Allgemeinmediziners ist. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Arzt-Praxen noch enger; dies kommt einer optimal abgestimmten Patientenversorgung zu Gute.

Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung kooperiert mit dem Krankenhaus, um Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte, Operationstechnische Assistenten / Assistentinnen und Medizinisch-technische Radiologie-Assistenten aus- und weiterzubilden.

Jährlich werden im Krankenhaus Holweide etwa 21.000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt. Die Verweildauer konnte in den letzten Jahren kontinuierlich verkürzt werden. Die minimal-invasive Chirurgie (Schlüsselloch-Chirurgie) ist ein Schwerpunkt dieser Klinik. Für die Patienten bedeutet dies eine erhebliche Verbesserung durch geringere Schmerzen, kleine Narben und schnelle Genesung.

Neben den stationären Aufenthalten werden ca. 37.000 Patienten hierzu in den Spezialsprechstunden aller Fachrichtungen ambulant, vor- oder nachstationär behandelt. In allen Abteilungen werden auch ambulante Operationen durchgeführt. Eine eigene Station, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patienten und Angehörigen ausgerichtet sind, ist eingerichtet.



Die Frauenklinik gehört mit rund 2.000 Geburten pro Jahr zu den großen geburtshilflichen Abteilungen in Nordrhein-Westfalen. Geräumig und wohnlich wirken die in warmen Farben eingerichteten Kreißsäle im Krankenhaus Holweide. Jeder der fünf Kreißsäle verfügt über eigenes WC und Badewanne sowie eine Lichtdecke, mit der die Farbe der Beleuchtung individuell reguliert werden kann. Eine Entbindungswanne zur Unterwassergeburt ergänzt die Geburtsmöglichkeiten. Die Technik hält sich dezent im Hintergrund. Trotz der angenehmen Atmosphäre bietet das Krankenhaus Holweide die Sicherheit der High-Tech-Medizin. Nur wenige Schritte von den Kreißsälen entfernt befinden sich ein Operationssaal für Kaiserschnitte und das Perinatalzentrum mit 10 Plätzen, in dem Frühgeborene und kranke Neugeborene bei Bedarf intensivmedizinisch betreut werden können. Weniger kranke Neugeborene können in speziell ausgestatteten Räumen zusammen mit der Mutter untergebracht und überwacht werden.



Durch das Perinatalzentrum, in dem Risiko- und Frühgeburten durch spezialisiertes Personal der Frauenklinik und des Kinderkrankenhauses bestens betreut werden können, sind Frauen mit Risikoschwangerschaften in Holweide besonders gut aufgehoben. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Behandlung gut- und bösartiger Veränderungen der Gebärmutter, der Eierstöcke oder des Schambereichs. Das Team der Frauenklinik berät präventiv, bietet moderne Diagnostikverfahren an und kann häufig schonend minimal - invasiv operieren - mit Techniken, die sonst in Deutschland nur von wenigen Zentren beherrscht werden. Blasen- und Senkungsprobleme werden in Kooperation mit dem Rheinischen Kontinenzzentrum behandelt.

Das Brustzentrum bietet eine kompetente und kurzfristige Diagnosestellung und Behandlung aller Veränderungen der Brust an. Bei allen gut- und bösartigen Erkrankungen der Brust ist das Team für die Betroffenen da, betreut, berät und

behandelt sie. Breast Care Nurses (Spezialisierte Krankenschwestern, Pflegeexpertinnen für Frauen mit Brustkrankungen) begleiten die Patientinnen während der Behandlung. Darüber hinaus beraten die Fachleute ausführlich über brustchirurgische Eingriffe wie Rekonstruktion, Brustvergrößerung und Reduktionstechniken.

Die Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie des Krankenhauses Köln Holweide ist ein moderner medizinischer Dienstleistungsbetrieb im Großraum Köln zur operativen und konservativen Behandlung von Erkrankungen im Kopf- und Halsbereich, insbesondere von Kehlkopf, Nase, Nasennebenhöhlen und Ohren. Die Klinik bietet als erstes Krankenhaus der Region das neuartige Mittelohr-Hörimplantat ESTEEM an. Das komplette Spektrum der minimalen - invasiven Behandlungsverfahren bei Speichelsteinen (inklusive Stoßwellentherapie und Speicheldrangsendoskopie) wird vorgehalten.

In der Urologischen Klinik werden die aktuellen medikamentösen, endoskopischen und offen-operativen Verfahren eingesetzt. Es stehen ein modern ausgerüsteter Operationssaal für offene Operationen und jeweils ein Operationsraum für transurethrale (durch die Harnröhre) und endoskopische Eingriffe zur Verfügung. Die Urologische Klinik beteiligt sich an einem Vertrag zur Integrierten Versorgung von Patienten, die an Prostatakrebs erkrankt sind.

Die Medizinische Klinik bietet hohe Kompetenz im Bereich der Hämatologie und Onkologie, der Intensivmedizin und der Kardiologie / Angiologie. In der onkologischen Ambulanz ist je nach Wunsch und Gesundheitszustand eine ambulante Weiterbehandlung durch dasselbe ärztliche und pflegerische Team wie zuvor auf Station möglich. Die Klinik verfügt über eine Isolierstation, auf der Patienten mit ansteckenden Infektionskrankheiten behandelt werden. Die Endoskopieabteilung verfügt über großzügige Räume mit modernster Technik. Mehrere Pflegestationen wurden umfassend renoviert und modernisiert. Jedes neue Patientenzimmer verfügt über ein eigenes, modern gestaltetes Bad mit Waschbecken, WC und Dusche. Die technische Infrastruktur ist nun auf dem neuesten Stand. Alle Zimmer sind mit Rufanlage, Telefonanschluss und einem Fernseher ausgestattet. Der Pflegestützpunkt bildet den Mittelpunkt der Stationen und ist so den betrieblichen Abläufen besser angepasst. Neue Einbaumöbel mit mobilen Elementen erleichtern die Verlegungen der Patientinnen und Patienten innerhalb des Hauses. Sukzessive werden alle Stationen saniert.

2015 wurde auf der Onkologischen Station ein Zimmer für schwerstkranken Krebspatienten in Betrieb genommen. In diesem Zimmer werden Patientinnen und Patienten beispielsweise vor Verlegung auf eine Palliativstation oder in ein Hospiz behandelt. In dieser schwierigen Lebensphase soll ihnen keine Krankenhausatmosphäre, sondern eine möglichst hohe Lebensqualität geboten werden. Daher ist das Zimmer mit Sitzcke, Schlafcouch für Angehörige, individuell einstellbarer Beleuchtung, Kühlschrank, Musikanlage wohnlich eingerichtet, Sorgfältig ausgewählte Farben sorgen für Gemütlichkeit, Wärme und Ruhe. Mit einer großzügigen Spende in Höhe von rd. 15.000 Euro hat der Verein Freunde und Förderer der Viszeralmedizin und Onkologie Krankenhaus Köln-Holweide die Einrichtung unterstützt. Die „Kölner Klinikclowns“ besuchen regelmäßig die Onkologische Station und sorgen bei Patienten, Angehörigen und Beschäftigten für eine warmherzige und willkommene Abwechslung im Krankenhausalltag.

Die Gastroenterologie wird seit Januar 2016 gemeinsam mit der Gastroenterologie Merheim als hausübergreifende Abteilung „Gastroenterologie Kliniken Köln“ geführt. Die Endoskopie verfügt über alle modernen Untersuchungsmöglichkeiten - von allen gängigen Spiegelverfahren des Magen-Darm-Trakts bis zu Spezialverfahren ph-Metrie zur Säuremessung bei Reflux, Single-Ballon-Enteroskopie für Dünndarmdiagnostik und -therapie sowie Kapselendoskopie für Dünn- und Dickdarm. Zur Betreuung von Risikopatienten bietet Holweide als erstes und bisher einziges Krankenhaus in Deutschland ein Zentrum für Patienten mit erhöhtem endoskopischem Risiko (Z-PEER). Aufgabe des Z-PEER ist es, Patienten die bestmögliche Sicherheit während eines endoskopischen Eingriffs zu bieten - auf dem modernsten Stand der endoskopischen Therapieverfahren. Auch diejenigen, die nicht in einem ambulanten

Untersuchungsrahmen versorgt werden können, soll mit modernsten endoskopischen Therapieverfahren geholfen werden. Dabei kooperiert das Z-PEER eng mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie der Abteilung für Anästhesie und der Interdisziplinären Endoskopie.



Die Chirurgische Klinik deckt die gesamte Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie mit hoher fachlicher Kompetenz ab. Darüber hinaus erstrecken sich die Behandlungsschwerpunkte über die komplexe Tumorchirurgie bis hin zu einem breiten Spektrum auf dem Gebiet der Unfallchirurgie. Ein weiterer Behandlungsschwerpunkt ist die Chirurgie der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, zertifiziert durch die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Der chirurgische Chefarzt ist zudem Leiter des Darmzentrums Holweide. Das Darmzentrum zur Behandlung von Tumoren des Dick- und Enddarms wurde gegründet, um die seit vielen Jahren etablierte Zusammenarbeit der Fachabteilungen zu optimieren. Es hat sich zur Aufgabe gesetzt, Patientinnen und Patienten mit den o. g. Tumoren leitliniengerecht und nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu behandeln.

Die Radiologische Klinik bietet - verteilt auf die Standorte Holweide und Merheim - das gesamte Spektrum radiologischer und nuklearmedizinischer Diagnostik und Therapie. Sie teilt sich auf in die Bereiche diagnostische Radiologie, Neuroradiologie, Nuklearmedizin und bietet dank aktueller Technik und mit dem digitalen Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem PACS eine schnelle, schonende und sichere Diagnostik an.

Die Abteilung für Anästhesie führt im operativen Bereich pro Jahr etwa 12.000 Narkosen durch. Nach der Operation wird für Schmerzlinderung gesorgt. Ein besonderer Schwerpunkt ist die Betreuung von Schwangeren mit Wehenschmerzen im Kreißsaal. Auf der Intensivstation mit 21 Betten betreut ein interdisziplinäres Ärzteteam aus Ärzten der Anästhesieabteilung und den Kliniken für Innere Medizin und Chirurgie jährlich ca. 2.000 Patientinnen und Patienten. Auf die Behandlung von Schmerzen wird großer Wert gelegt. Im Sommer 2009 hat das Krankenhaus Holweide die Zertifizierung der TÜV Rheinland Cert GmbH für erfolgreiches Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie erreicht und wurde erfolgreich rezertifiziert.

Die umfangreich ausgestattete Abteilung für Physikalische Therapie mit einem vielseitigen Angebot an Krankengymnastik, Massagen etc. kann von den Patientinnen und Patienten auf Anordnung des behandelnden Arztes in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus ist das komplette Leistungsspektrum der Abteilung von allen Krankenkassen und für Selbstzahler zur ambulanten Therapie zugelassen. Durch regelmäßige Fortbildungen sind die Therapiemethoden immer auf dem neusten Stand.

Die Pflegekräfte betreuen die Patientinnen und Patienten nach aktuellen Standards unter Berücksichtigung der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Auf allen Stationen, Ambulanzen und im

Operationssaal sind erfahrene Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger im Einsatz. In Zusammenarbeit mit dem angegliederten Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung wird eine fachlich qualifizierte, praxisnahe Aus- und Weiterbildung sichergestellt.

Das Krankenhaus Holweide engagiert sich im "Rheinischen Tumorzentrum", einem Netzwerk von Klinik- und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, um die Versorgung Krebskranker weiter zu verbessern.

2005 wurde für Patienten mit Erkrankungen des Unterleibes und des Verdauungstrakts das „Becken-Bauch-Zentrum“ als erstes interdisziplinäres Leistungszentrum in Holweide gegründet. Beteiligt sind die Abteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Urologie und Frauenheilkunde. Über 100 verschiedene Untersuchungsverfahren wie z.B. ein Manometrie-Druckmessgerät zur Ermittlung von Bewegungsströmen in der Speiseröhre stehen zur Verfügung.

„Der Mensch im Zentrum unseres Handelns“ ist Leitsatz des Leitbilds der Kliniken. Hieran orientieren sich alle Aktivitäten und Projekte. Auf folgende Angebote weisen wir besonders hin:

Besondere Angebote

Ernährungsteam

Mangelernährung von Patientinnen und Patienten kann zu einer verzögerten Gesundung, zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes, zu notwendigen weiteren stationären Behandlungen und sogar zu einer höheren Sterblichkeit als bei vergleichbaren gut ernährten Menschen führen. Das Ziel des Ernährungsteams ist, durch eine gute Zusammenarbeit aller Disziplinen ernährungsmedizinische Konzepte umzusetzen und die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Mangelernährung zu verbessern.

Kooperationen

Neben der Kooperation mit anderen Kliniken legt das Krankenhaus großen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfeorganisationen wie z.B. FRANKA - Frauen nach Karzinom -, ambulanten Diensten und Reha-Einrichtungen, um eine gute Versorgung der Patienten auch nach der Entlassung sicherstellen zu können. Seit 2013 hat Brustkrebs Deutschland e.V. eine Regionalvertretung Köln in Räumen auf dem Gelände des Krankenhauses Köln-Holweide eingerichtet.

Seit 2005 plant und veranstaltet die Medizinische Klinik Holweide gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten die Fortbildungsreihe „Holweider Ärztenachmittag“, die gut angenommen wird. Für Patientinnen und Patienten sowie die interessierte Öffentlichkeit werden regelmäßige Informationsveranstaltungen angeboten.

Familiale Pflege - Pflegeberatung

Wenn ein Familienmitglied ins Krankenhaus eingeliefert wird und nach der Entlassung pflegerische Unterstützung zu Hause benötigen wird, berät und begleitet das Team der „Familialen Pflege“ in dieser neuen pflegerischen Situation. Ab Beginn des Krankenhausaufenthaltes bis 6 Wochen nach der Entlassung bieten die Kliniken Köln Beratungsgespräche, Pfelegetrainings im Krankenhaus und zu Hause, Familiengespräche und Hausbesuche. Das Pfelegetraining kann bereits während des Klinikaufenthaltes am Bett des Patienten beginnen und nach der Entlassung bis zu 6 Wochen zu Hause durchgeführt werden. Die Gesprächsangebote bieten die Möglichkeit, Probleme zu besprechen, Fragen zu klären und viele, die Pflege erleichternde Informationen zu bekommen. Darüber hinaus können alle Interessierten jederzeit, unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt, teilnehmen an Pflegekursen, Demenzkursen und Angehörigengruppen.

Case Management

Das Team des Case Managements unterstützt Patientinnen und Patienten in krankheitsbedingt schwierigen Situationen und bietet individuelle Beratung für Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen, Vermittlung häuslicher Hilfen, Unterstützung bei der Verlegung oder Entlassung, Organisation von benötigten Hilfsmitteln für die häusliche Versorgung sowie Vermittlung der erforderlichen Ansprechpartner innerhalb des Krankenhauses

Überleitungsmanagement

Im Rahmen eines Pilotprojekts von Kliniken der Stadt Köln gGmbH und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) Nordrhein verbessert eine „Überleitungsmanagerin“ den Informationsaustausch zwischen den Ärztinnen und Ärzten in der Praxis und in der Klinik. Ziel ist, schwer kranken, älteren oder alleinstehenden Patientinnen und Patienten nach dem Aufenthalt in der Klinik den Weg wieder zurück nach Hause zu erleichtern. Im Rahmen des Projekts werden zunächst Patienten der Klinik für Chirurgie betreut. Die Überleitungsmanagerin koordiniert die individuelle Entlassungsplanung unter Berücksichtigung von aktueller Lebenssituation, persönlichem Umfeld, individuellem Gesundheitszustand und Ressourcen des Patienten / der Patientin und in enger Abstimmung mit allen an der Behandlung und Versorgung Beteiligten.

Zentrales Patientenmanagement

Das Zentrale Patientenmanagement führt vor einer Operation alle notwendigen Vor- und Narkose-Untersuchungen, Aufklärungs- und Einwilligungsgespräche, Blutentnahmen und weitere Untersuchungen in wenigen Stunden durch. Viele Patienten müssen daher erst am Tag der Operation stationär aufgenommen werden. Beim Wettbewerb um den „Hospital-Innovation-Preis“ der Rheinischen Fachhochschule 2007 erhielt dieses berufsgruppen- und fachübergreifende Projekt den dritten Preis, 2010 wurde es mit dem „KTQ-Award“ ausgezeichnet.

Patientenrückmeldungen

„Ihre Meinung ist bei uns gefragt“ - so werden Patientinnen und Patienten gebeten, ihre Eindrücke über ihren Aufenthalt im Krankenhaus mit einem Rückmeldebogen zu schildern. Eine Kommission nimmt sich der Anliegen an, gibt Lob und Kritik weiter und nutzt Beschwerden, um die Qualität weiter zu verbessern. Eine Patientenführsprecherin wurde vom Aufsichtsrat der Kliniken Köln benannt. Bei Anregungen, Probleme oder Beschwerden ist die Patientenführsprecherin gerne behilflich. Auch die Seelsorgerinnen und Seelsorger des Hauses stehen unabhängig von der Religionszugehörigkeit als vertrauensvolle Gesprächspartner zur Verfügung.

Patientensicherheit

Ein sehr seltener, aber in den Auswirkungen oft gravierender Fehler ist die Verwechslung von Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Um solche Verwechslungen sicher zu vermeiden, erhalten im Krankenhaus Holweide alle Patientinnen und Patienten, die operiert werden oder sich einem Eingriff unterziehen, sowie alle Neugeborenen ein Identifikationsarmband. Bei Eingriffen, bei denen eine Seitenverwechslung möglich ist, wird die zu operierende Seite vom Operateur oder dem aufklärenden Arzt mit einem nicht abwaschbaren Stift markiert. Eine Kontrolle der Identifikation des Patienten erfolgt vor allen operativen Eingriffen und diagnostischen Maßnahmen in vier Stufen in Anlehnung an die Empfehlungen des „Aktionsbündnis Patientensicherheit“. Die Luftfahrt mit ihren hohen Sicherheitsstandards ist gerade im OP-Bereich Vorbild für die Medizin. Eine hohe Qualität des Personals ist wichtig für eine gute Behandlung. Durchdachte Organisationsstrukturen bieten Unterstützung. Zum Beispiel im OP. Bevor der Eingriff beginnt, überprüfen die Experten - wie ein Pilot vor dem Start - kurz die wichtigsten Informationen beim sog. „Team Time Out“.

Zusätzlich gibt es im Krankenhaus Holweide ein CIRS (Critical Incident Reporting System - Meldesystem zur Erfassung kritischer Ereignisse-). Die beste Methode, Fehler zu

vermeiden, besteht darin, aus Fehlern anderer zu lernen oder Fehler bereits im Vorfeld abzuwenden. Eine bewährte Möglichkeit der Fehlerprophylaxe sind Meldesysteme wie das CIRS, die in der Fliegerei schon lange mit Erfolg angewendet werden. Bei den Kliniken der Stadt Köln wurde ein Meldesystem eingeführt, in dem Fehler, Beinahefehler oder andere kritische Situationen schriftlich oder mündlich gemeldet werden können und sollen. Die Meldung kann mit Namen, aber auch anonym erfolgen. Einige Dinge konnten aufgrund der eingegangenen Meldungen bereits verändert werden.

Ein Video und eine Broschüren stellen vielfältige Aspekte der Patientensicherheit vor und geben den Patienten Hinweise, was sie zur Sicherheit beitragen können.

Zertifizierungen / Qualitätssiegel

Als erstes Kölner Akutkrankenhaus für Erwachsene erreichte das Krankenhaus Holweide im Jahr 2004 die Zertifizierung durch KTQ[®] - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH. Die Auszeichnung, die jeweils für drei Jahre befristet gilt - wurde bereits fünf Mal verliehen, seit 2014 in Form der Verbundzertifizierung ausgezeichnet.

Die Ärztekammer Westfalen-Lippe, die vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW mit der Zertifizierung der Brustzentren beauftragt ist, hat das Brustzentrum der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zertifiziert. Die enge Zusammenarbeit mit Praxen, der Selbsthilfegruppe FRANKA sowie die psycho-onkologische Betreuung werden besonders gelobt.

Alle drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln haben das Zertifikat "Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz" erhalten, mit dem bescheinigt wird, dass die Bedingungen des MRE-Netzwerkes regio rhein ahr für das Qualitätssiegel Akutkrankenhäuser <http://www.mre-rhein-ahr.net/index.php> erfüllt werden.

Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) hat eine gezielte und systematische Qualitätsentwicklung absolviert und das Qualitätstestat nach dem Modell „LQW - Lernerorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung“ erhalten.

Gemeinsame Einleitung der kommunalen Krankenhäuser der Region

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Qualität ist der entscheidende Faktor für den Erfolg von Krankenhäusern. Das besondere Ziel kommunaler Krankenhäuser ist es, die Balance zwischen dem Allgemeinwohl und der Wirtschaftlichkeit unter Wettbewerbsbedingungen zu halten.

Als kommunale Krankenhäuser tragen wir wesentlich zur flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung von Patientinnen und Patienten bei. Einen hohen Stellenwert hat die hohe Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen für jeden Menschen unabhängig von Geschlecht, Hautfarbe, Weltanschauung, Religion, Herkunft und sozialem Status.

Tief verwurzelt in den lokalen und regionalen Strukturen übernehmen kommunale Krankenhäuser die Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Das umfangreiche Leistungsangebot richtet sich nach den Bedürfnissen der Menschen in der unmittelbaren Nähe. Dabei werden auch Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten, die nicht ständig ausgelastet sind und sich daher nicht immer wirtschaftlich betreiben lassen, im Notfall aber lebensrettend sind.

Die kommunalen Krankenhäuser,

- Klinikum Oberberg GmbH,
- Klinikum Leverkusen gGmbH,
- Krankenhaus Wermelskirchen GmbH,
- Krankenhaus Porz am Rhein gGmbH,
- Rheinland-Klinikum mit den Standorten Neuss, Dormagen und Grevenbroich
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH,
- sowie Städtisches Klinikum Solingen gGmbH

kooperieren, um den Wissensaustausch in den Themenfeldern Qualität, Patientensicherheit, Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Hygiene zu intensivieren. Wir tun dies im Dienst für unsere Patientinnen und Patienten.

Die nachhaltige Verbesserung der Qualität hat für uns höchste Priorität. In unseren Krankenhäusern werden erwirtschaftete Überschüsse konsequent in die Optimierung der Behandlung der Patientinnen und Patienten investiert. Dazu haben wir ein professionelles Qualitätsmanagement fest verankert.

Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht stellen wir Ihnen vielfältige und aufschlussreiche Informationen über unser Leistungsspektrum und unsere Struktur- und Ergebnisqualität zur Verfügung. Wir freuen uns über Ihr Interesse.

Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name: Ute Westphal
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Qualitäts- und klinisches Risikomanagement
Telefon: 0221 / 8907 - 2429
Telefax: 0221 / 8907 - 2863
E-Mail: WestphalU@kliniken-koeln.de

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person

Name: Holger Baumann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 - 2822
Telefax: 0221 / 8907 - 2132
E-Mail: postservice@kliniken-koeln.de

Weiterführende Links

Homepage: www.kliniken-koeln.de
Weitere Informationen: https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Startseite.htm?ActiveID=1559

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	17
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	17
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	17
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	18
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	18
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	18
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	18
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	21
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	23
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	25
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	25
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	25
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	26
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	28
A-10 Gesamtfallzahlen.....	28
A-11 Personal des Krankenhauses.....	28
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	28
A-11.2 Pflegepersonal.....	28
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	30
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	30
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	32
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	32
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	32
A-12.1.2 Lenkungsgremium.....	32
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	32
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	32
A-12.2.2 Lenkungsgremium.....	32
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	32
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	34
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	34
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	34
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	34
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	35
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	35
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	35
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden.....	36
A-12.3.2.4 Händedesinfektion.....	36
A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	37
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	37
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	39
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	40
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	40
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	40
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	41
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	41
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	42
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	44
B-1 Anästhesiologische Klinik.....	45
B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	45
B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	45

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	45
B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	46
B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	47
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	47
B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	47
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	47
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	47
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	48
B-1.11 Personelle Ausstattung.....	49
B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	49
B-1.11.2 Pflegepersonal.....	49
B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	50
B-2 Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie.....	51
B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	51
B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	52
B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	57
B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	58
B-2.6 Diagnosen nach ICD.....	59
B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	59
B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	60
B-2.7 Prozeduren nach OPS.....	61
B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	61
B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	62
B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	63
B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	69
B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	71
B-2.11 Personelle Ausstattung.....	71
B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	71
B-2.11.2 Pflegepersonal.....	72
B-3 Frauenklinik & Geburtshilfe.....	74
B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	74
B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	74
B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	74
B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	76
B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	77
B-3.6 Diagnosen nach ICD.....	77
B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	77
B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	78
B-3.7 Prozeduren nach OPS.....	79
B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	79
B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	80
B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	80
B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	83
B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	84
B-3.11 Personelle Ausstattung.....	85
B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	85
B-3.11.2 Pflegepersonal.....	85
B-4 Perinatalzentrum.....	87

B-4.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	87
B-4.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	87
B-4.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	88
B-4.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	88
B-4.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	90
B-4.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	91
B-4.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	92
B-4.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	94
B-4.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	94
B-4.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	94
B-4.11	Personelle Ausstattung.....	94
B-4.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	94
B-4.11.2	Pflegepersonal.....	96
B-5	Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie.....	97
B-5.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	97
B-5.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	97
B-5.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	97
B-5.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	99
B-5.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	100
B-5.6	Diagnosen nach ICD.....	100
B-5.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	100
B-5.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	101
B-5.7	Prozeduren nach OPS.....	102
B-5.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	102
B-5.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	103
B-5.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	103
B-5.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	105
B-5.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	106
B-5.11	Personelle Ausstattung.....	107
B-5.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	107
B-5.11.2	Pflegepersonal.....	107
B-5.11.3	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	108
B-6	Medizinische Klinik.....	109
B-6.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	109
B-6.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	109
B-6.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	110
B-6.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	112
B-6.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	113
B-6.6	Diagnosen nach ICD.....	114
B-6.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	114
B-6.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	115
B-6.7	Prozeduren nach OPS.....	116
B-6.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	116
B-6.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	117
B-6.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	118
B-6.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	119
B-6.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	119
B-6.11	Personelle Ausstattung.....	120

B-6.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	120
B-6.11.2	Pflegepersonal.....	120
B-7	Urologische Klinik.....	123
B-7.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	123
B-7.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	123
B-7.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	123
B-7.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	125
B-7.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	126
B-7.6	Diagnosen nach ICD.....	127
B-7.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	127
B-7.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	128
B-7.7	Prozeduren nach OPS.....	129
B-7.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	129
B-7.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	130
B-7.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	131
B-7.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	132
B-7.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	133
B-7.11	Personelle Ausstattung.....	134
B-7.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	134
B-7.11.2	Pflegepersonal.....	134
B-7.11.3	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	136
B-8	Brustzentrum.....	137
B-8.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	137
B-8.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	137
B-8.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	137
B-8.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	139
B-8.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	140
B-8.6	Diagnosen nach ICD.....	140
B-8.6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	140
B-8.6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	141
B-8.7	Prozeduren nach OPS.....	142
B-8.7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	142
B-8.7.2	Weitere Kompetenzprozeduren.....	143
B-8.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	143
B-8.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	144
B-8.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	145
B-8.11	Personelle Ausstattung.....	145
B-8.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	145
B-8.11.2	Pflegepersonal.....	145
B-9	Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin.....	148
B-9.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	148
B-9.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	148
B-9.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	148
B-9.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	149
B-9.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	150
B-9.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	150
B-9.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	150
B-9.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	152

B-9.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	152
B-9.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	152
B-9.11	Personelle Ausstattung.....	153
B-9.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	153
B-9.11.2	Pflegepersonal.....	153
B-10	Institut für Transfusionsmedizin.....	154
B-10.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	154
B-10.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	154
B-10.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	154
B-10.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	157
B-10.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	158
B-10.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	159
B-10.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	159
B-10.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	159
B-10.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	159
B-10.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	159
B-10.11	Personelle Ausstattung.....	159
B-10.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	159
B-10.11.2	Pflegepersonal.....	160
B-11	Institut für Hygiene.....	161
B-11.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	161
B-11.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	161
B-11.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	161
B-11.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	161
B-11.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	163
B-11.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	163
B-11.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	163
B-11.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	163
B-11.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	163
B-11.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	163
B-11.11	Personelle Ausstattung.....	163
B-11.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	163
B-11.11.2	Pflegepersonal.....	164
B-12	Institut für Pathologie.....	165
B-12.1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	165
B-12.2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	165
B-12.3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	165
B-12.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	168
B-12.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	169
B-12.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	170
B-12.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	170
B-12.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	170
B-12.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	170
B-12.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	170
B-12.11	Personelle Ausstattung.....	170
B-12.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	170
B-12.11.2	Pflegepersonal.....	170
C	Qualitätssicherung.....	171

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	171
C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate.....	171
C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	171
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	220
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	220
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	220
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	223
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr.....	223
C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr.....	223
C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung.....	223
C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden.....	223
C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.....	224
C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R).....	224
C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden.....	224
C-5.2.6 Übergangsregelung.....	224
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	225
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	225
D Qualitätsmanagement.....	226
D-1 Qualitätspolitik.....	226
D-2 Qualitätsziele.....	228
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	234
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	234
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte.....	236
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	236

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Name: Kliniken der Stadt Köln gGmbH - Krankenhaus Holweide
Institutionskennzeichen: 260530318
Standortnummer: 00
Straße: Neufelder Straße 32
PLZ / Ort: 51067 Köln
Telefon: 0221 / 8907 - 0
Telefax: 0221 / 8907 - 2507
E-Mail: postservice@kliniken-koeln.de

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Arno Dormann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Medizinischen Klinik
Telefon: 0221 / 8907 - 2602
Telefax: 0221 / 8907 - 2799
E-Mail: med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de

Pflegedienstleitung

Name: Michaela Binnen
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedirektorin Mitglied des Direktoriums
Telefon: 0221 / 8907 - 3433
Telefax: 0221 / 8907 - 3520
E-Mail: pflegedirektion@kliniken-koeln.de

Name: Stephanie Endberg
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung Krankenhaus Holweide
Telefon: 0221 / 8907 - 3433
Telefax: 0221 / 8907 - 2570
E-Mail: pflegedirektion@kliniken-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name: Holger Baumann
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer
Telefon: 0221 / 8907 - 2822
Telefax: 0221 / 8907 - 2132
E-Mail: WallraffA@kliniken-koeln.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger: Stadt Köln
Art: öffentlich, gGmbH
Internet: www.stadt-koeln.de

Rettungsassistenten, Berufsfindung, Medizinstudenten und im Rahmen der Anerkennungsverfahren ausländischer Examina

- Förderung und Durchführung des Freiwilligen Sozialen Jahres in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz
- Gelegenheit zur Ableistung des Bundes-Freiwilligendienstes
- Ehrenamtliche Tätigkeiten (z.B. Helfende Hände)
- Supervisions- und Coachingangebote für ausgewählte Bereiche bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare u.a. durch die Pflegefachkräfte (https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=4571)
MP04	Atemgymnastik / -therapie
MP06	Basale Stimulation
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden
MP10	Bewegungsbad / Wassergymnastik spezielles Angebot für Brustkrebspatientinnen: Mitbenutzung des Schwimmbades in der RehaNova die Koordination erfolgt über die Breast Care Nurse
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und / oder Kinder)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
MP15	Entlassmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege ZPM (präoperatives Case-Management) Bereichspflege Überleitungsmanagement, Case Management
MP19	Geburtsvorbereitungskurse / Schwangerschaftsgymnastik
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP26	Medizinische Fußpflege kann bestellt werden
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP31	Physikalische Therapie / Bädertherapie
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote / Präventionskurse [z. B. Nichtraucher/innen-Kurse, Koronarsportgruppe], ggf. in Verbindung mit Krankenhaus Merheim
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik
MP36	Säuglingspflegekurse Anleitung auf der Neugeborenenstation, Babymassagekurse, Stillkaffee
MP37	Schmerztherapie / -management TÜV zertifiziertes Akutschmerzmanagement

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP38	Seherschule / Orthoptik in Kooperation mit Krankenhaus Merheim
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen [z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe] https://www.kliniken-koeln.de/Pflege___Familiale_Pflege.htm?ActiveID=6279
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern In Kooperation mit dem MTV (Mülheimer Turnverein)
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Medizinische_Klinik_Diabetologie.htm
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern / Hebammen
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot [z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester] https://www.kliniken-koeln.de/Pflege_Pflegefachexperten.htm?ActiveID=6258
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie
MP43	Stillberatung https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide___Nach_der_Geburt.htm
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie
MP45	Stomatherapie / -beratung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik in Kooperation mit einem Orthopädischem Sanitätshaus
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP50	Wochenbettgymnastik / Rückbildungsgymnastik
MP51	Wundmanagement [z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris] https://www.kliniken-koeln.de/Wundmanagement.htm?ActiveID=4781
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen Der Sozialdienst nennt Ihnen bei Bedarf Selbsthilfegruppen / Beratungsstellen in Ihrer Umgebung: https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm .
MP55	Audiometrie / Hördiagnostik
MP69	Eigenblutspende
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie
MP28	Naturheilverfahren / Homöopathie / Phytotherapie Homöopathische Sprechstunde für die Geburtshilfe
MP29	Osteopathie / Chiropraktik / Manualtherapie
MP63	Sozialdienst https://www.kliniken-koeln.de/Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.htm
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit [z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen] https://www.kliniken-koeln.de/Frauenklinik_Holweide___Geburtsvorbereitung.htm?ActiveID=2444
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege / Kurzzeitpflege / Tagespflege Kooperation mit Ausbildungsstätten und bei der Überleitung in die Kurzzeitpflege

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM02	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer	
	teilweise auf Nachfrage	
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
	teilweise auf Nachfrage	
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer	https://www.kliniken-koeln.de/-Pflege_Holweide_Woechnerinnen_-Neugeborene_Station_A1_und_C1.-htm
	Familienzimmer auf Anfrage je nach Verfügbarkeit	
NM10	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer	
	teilweise - auf Nachfrage (z.B. bei med. Indikation)	
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
	teilweise (auf den bereits renovierten Stationen)	
NM14	Ausstattung der Patientenzimmer: Fernsehgerät am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 3,60 Euro
	TV Flatrate: öffentlich rechtliche und Private Sender inkl. Telefonflatrate ins deutsche Festnetz	
NM15	Ausstattung der Patientenzimmer: Internetanschluss am Bett / im Zimmer	Kosten pro Tag: 2,50 Euro
	teilweise, wird ausgebaut Kostenstaffelung: 3 Tage 6,00 €, oder 6 Tage 9 €, max. Leistung pro Tag 150 MB	
NM17	Ausstattung der Patientenzimmer: Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag: 0,00 Euro
	kostenlose Radioprogramme	
NM18	Ausstattung der Patientenzimmer: Telefon am Bett	Kosten pro Tag: 3,60 Euro Kosten pro Minute ins deutsche Festnetz: 0,00 Euro Kosten pro Minute bei eingehenden Anrufen: 0,00 Euro
	Telefonflatrate ins deutsche Festnetz; inkl. TV Kosten	
NM19	Ausstattung der Patientenzimmer: Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer	
	auf den bereits renovierten Stationen vorhanden	
NM01	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum	
	Auf der Ebene B6, A8 und B8 sind Aufenthaltsräume verfügbar.	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM30	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Tag: 10,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 1,25 Euro (maximal)
	30 Minuten kostenfreies Parken möglich	
NM62	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Schulteilnahme in externer Schule / Einrichtung	https://www.kliniken-koeln.de/-Schule_fuer_Kranke.htm?ActiveID=5561#Holweide
	https://www.hilde-domin-schule-koeln.de/	
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in	https://www.kliniken-koeln.de/-Service_Pressemitteilung_2018_001.-htm
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
	[z. B. bei Begleitpersonen von Kindern (< 12 Jahre) kostenlos, ansonsten kostenpflichtig möglich]	
NM40	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Empfangs- und Begleitsdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen	https://www.kliniken-koeln.de/-Karriere_Ehrenamt.htm
	Patientenbegleitsdienst vorhanden und zusätzlich ehrenamtlich Tätige "Helfende Hände" im Einsatz	
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge	https://www.kliniken-koeln.de/-Seelsorge_Krankenhaus_Holweide.-htm
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen	
	fachspezifisch von allen Abteilungen (s. Internet www.kliniken-koeln.de)	
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.kliniken-koeln.de/-Krankenhaus_Holweide_Sozialdienst.-htm?ActiveID=3731
	(z.B. FRANKA Selbsthilfegruppe Frauen nach Karzinom e.V. Krankenhaus Holweide) https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Brustzentrum_Beratung.htm?ActiveID=1886	
NM65	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Hotelleistungen	
	für zusatzversicherte Patienten entsprechend ihres Behandlungsvertrages	
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	z. B. jüdische, muslimische Ernährung, auf Nachfrage möglich - vegetarische oder vegane Küche, ebenso wie Lactose- oder Glutenfreie Kost https://www.kliniken-koeln.de/-Gastroenterologie_Kliniken_Koeln_-_Ernaehrungsmedizin.htm?ActiveID=6333

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM67	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Andachtsraum	http://www.kliniken-koeln.de/-Seelsorge_Krankenhaus_Holweide.-htm?ActiveID=3503
	Kapelle und Raum der Stille für alle Kulturen	
NM68	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Abschiedsraum	

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF11	Besondere personelle Unterstützung auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten vorhanden oder bestellbar

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
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 und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur / Praktisches Jahr)
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni- / multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale / Lehrbücher
FL09	Doktorandenbetreuung

Weitere Information zur Forschung finden Sie unter A-8.3. oder auf der Homepage unter https://www.kliniken-koeln.de/Klinische_Studien.htm?ActiveID=2361

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Im Rahmen der Personalentwicklung für den Pflegedienst werden vom Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Kliniken der Stadt Köln gGmbH folgende Weiterbildungslehrgänge angeboten:

- Weiterbildung Intensivpflege/Pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie
- Qualifizierung zum/zur Praxisanleiter/in
- Qualifizierung zum/zur Schmerzmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Diabetesmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Hygienementor/in
- Qualifizierung zum/zur Ethikmentor/in
- Qualifizierung zum/zur Ernährungsmentor/in
- Fachweiterbildung Onkologie und Psychiatrie (in Kooperation mit dem Uniklinikum Bonn)
- Weiterbildung Sterilisationstechnischer Assistent (durch die Caritas Akademie Köln Hohenlind GmbH)
- Mentoringprojekt zur Förderung von Nachwuchsführungskräften im Pflegedienst

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	Ab dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann, Ausbildungsstart: 1.8. und 1.11. jeden Jahres
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
	Ab dem 1.1.2020 generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/-mann
HB05	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)
	Ausbildungsstart auf Anfrage
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
	Ausbildungsstart auf Anfrage

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB09	Logopäde und Logopädin
	In Kooperation mit der Uniklinik Köln stellen die Kliniken Köln für die praktische Ausbildung Ausbildungsplätze in unseren Fachabteilungen zur Verfügung.
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme
	In Kooperation mit der Uniklinik Köln stellen die Kliniken Köln für die praktische Ausbildung Ausbildungsplätze in unseren Fachabteilungen zur Verfügung
HB18	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)
	Des Weiteren stellen die Kliniken der Stadt Köln für die praktische Ausbildung im Rahmen der Ausbildung zum "Notfallsanitäter/ Notfallsanitäterin" in Kooperation mit der Stadt Köln (Berufsfeuerwehr) Ausbildungsplätze zur Verfügung.

A-8.3 Forschungsschwerpunkte

Bei den Kliniken der Stadt Köln werden zahlreiche klinische Studien durchgeführt.

Detailinformationen finden Sie auf unserer Homepage unter http://www.kliniken-koeln.de/Klinische_Studien.htm?ActiveID=3593.

Weitere aktuelle Studien:

Chirurgische Klinik:

- Die Studien befassen sich mit der Versorgung von Darmkrebspatienten im Bereich von Zentrumsstrukturen wie auch mit der Versorgung von onkologischen Patienten in unserer Klinik.
- In Zusammenarbeit mit den Internisten werden mehrere onkologische Studien im Bereich des onkologischen Zentrums durchgeführt.

Perinatalzentrum:

- Teilnahme an der Studie: German Neonatal Network

HNO-Klinik mit Kopf- und Halschirurgie:

- Untersuchungen zur Schluckfunktion nach komplexen Tumorresektionen im Kopf-Hals-Bereich
- Phytomedizin in der HNO-Heilkunde
- Entwicklung audiologischer Testverfahren
- Funktionsgewinn nach Cochlear Implant Operationen

Medizinische Klinik:

Studienzentrum mit den Schwerpunkten:

- Gastroenterologie
 - Cholangioskopie bei unklaren Gallengangsstenosen
 - Einführung neuer Schnelltests für Patienten mit Dyspepsie.
 - Prävention von kolorektalen Karzinomen
 - neue Behandlungsformen einer Leckage im oberen GI-Trakt.
- Onkologie
 - Gastrointestinale Tumore, Lymphome
 - Kolorektale Karzinome
 - Pankreaskarzinom

Radiologische Klinik:

- CT-gesteuerte Interventionen
- Endovaskuläre Schlaganfallbehandlung
- Abbau Röntgenkontrastmittel

Brustzentrum:

Siehe: https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Brustzentrum_Studien.htm?ActiveID=1885

Zentrales Institut für Hygiene:

- Diagnostische Studien zum Vergleich von Multiplex PCR-Verfahren zum Screening von Staphylococcus aureus z.B. (MRSA und MSSA).
- BMG gefördertes Projekt zum Nachweis der medizinischen und ökonomischen Vorteilhaftigkeit der Implementierung von Hygienemaßnahmen durch hygienebeauftragte Ärzte in der Unfallchirurgie /Orthopädie (HYGARZT)
- Pseudarthrosenstudie: Vergleichende Untersuchung diagnostischer Verfahren zum Nachweis von Bakterien aus Frakturheilungsstörungen (Pseudarthrosen). Die Studie ist DGUV gefördert und wird gemeinsam mit der berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Duisburg durchgeführt.
- Studie zum Ausbruchmanagement im Krankenhaus
- Molekulare Infektionssurveillance
- Testung von Desinfektionsmaßnahmen
- Studie zur Testung von Antibiotika z.B. PROOF.: In der Studie "Prosthetic Joint infection Outcome with Fosfomycin" wird das Outcome nach chirurgisch und antibiotisch (hier zusätzlich mit Fosfomycin)systematisch therapierten Infektionen in Zusammenhang mit Endoprothesen von Schulter-, Hüft- und Kniegelenk untersucht. Es handelt sich um eine multizentrische Studie unter Leitung der Charite, Berlin.
- Leitung der Studie Noroprevent: deutschlandweite Studie zur Analyse von Norovirusausbrüchen (DVV)
- Erarbeitung von evidenzbasierten Empfehlungen zur Norovirusinfektionsprävention (DVV)

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl: 407

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 19.463

Teilstationäre Fälle: 0

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 66.105

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	155,83
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	155,83
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	122,68
– davon ambulante Versorgungsformen	33,15
Fachärztinnen/ –ärzte	83,78
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	83,78
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	65,14
– davon ambulante Versorgungsformen	18,63

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

A-11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	269,64	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	261,07	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	8,57	
– davon stationäre Versorgung	213,48	
– davon ambulante Versorgungsformen	56,16	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	43,14	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	43,12	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	37,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,64	
Altenpfleger/ –innen	6,76	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,76	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	5,41	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,35	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegeassistenten/ –assistentinnen	0	2 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Krankenpflegehelfer/ –innen	6,94	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,19	
– davon stationäre Versorgung	5,53	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,41	
Pflegehelfer/ –innen	36,21	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	36,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,06	
– davon stationäre Versorgung	28,49	
– davon ambulante Versorgungsformen	7,73	
Hebammen / Entbindungspfleger	13,76	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,02	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,74	
– davon stationäre Versorgung	10,39	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,37	
Beleghebammen / Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistenz	10,63	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,37	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,26	
– davon stationäre Versorgung	8,75	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,88	
Medizinische Fachangestellte	33,92	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	33,92	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	24,99	
– davon ambulante Versorgungsformen	8,93	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	20,91	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,89	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	16,25	
– davon ambulante Versorgungsformen	4,66	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	3,2	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,2	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,48	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,71	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Altenpfleger/ –innen	2,31	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,31	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,79	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,51	
Krankenpflegehelfer/ –innen	0,6	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	0,47	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,14	
Pflegehelfer/ –innen	24,59	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,59	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	19,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,48	
Medizinische Fachangestellte	4,46	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,46	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,47	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,99	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

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

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	4,31
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,31
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,35
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,96
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	2,23
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,23
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,73
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,5
SP14	Logopäde und Logopädin / Klinischer Linguist und Klinische Linguistin / Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin / Phonetiker und Phonetikerin	1,78
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,38
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,4

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP15	Masseur / Medizinischer Bademeister und Masseurin / Medizinische Bademeisterin	2,14
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,14
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,67
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,48
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	24,54
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	24,54
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	19,07
	– davon ambulante Versorgungsformen	5,47
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	12,42
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,42
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	9,65
	– davon ambulante Versorgungsformen	2,77
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater / zur Diabetesberaterin	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,78
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,22
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	1
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,78
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,22
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	4,74
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,74
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,68
	– davon ambulante Versorgungsformen	1,06
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	1,68
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,68
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,31
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,38
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	1,14
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,14
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	0,88
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,25

¹ Anzahl der Vollkräfte

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name: Dipl. Wirtschaftsingenieur Carsten Thüsing
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement; Weiterentwicklung der QM - Methoden | Klinisches Risikomanagement | Unternehmenskultur & Leitbild | Zertifizierungen
 Telefon: 0221 / 8907 - 2785
 Telefax: 0221 / 8907 - 2863
 E-Mail: ThuesingC@kliniken-koeln.de

Weitere Informationen über das Qualitäts- und Klinisches Risikomanagement: finden Sie unter: http://www.kliniken-koeln.de/ueber_uns_Qualitaetsmanagement_Startseite.htm?ActiveID=1650.

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Betriebsleitung: Geschäftsführung Klinische Direktion, Ärztliche Direktoren Kaufmännische Direktion Pflegedirektion Leitung Unternehmenskommunikation
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name: Dipl. Wirtschaftsingenieur Carsten Thüsing
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement; Weiterentwicklung der QM - Methoden | Klinisches Risikomanagement | Unternehmenskultur & Leitbild | Zertifizierungen
 Telefon: 0221 / 8907 - 2785
 Telefax: 0221 / 8907 - 2863
 E-Mail: ThuesingC@kliniken-koeln.de

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche: Krankenhausübergreifende Betriebsleitung: Geschäftsführung Klinische Direktion, Ärztliche Direktoren Kaufmännische Direktion Pflegedirektion Leitung Unternehmenskommunikation
 Tagungsfrequenz: monatlich

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor
	Name: QM-Handbuch Letzte Aktualisierung: 15.01.2019
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
RM03	Mitarbeiterbefragungen
RM04	Klinisches Notfallmanagement
	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
RM05	Schmerzmanagement
	Name: Medikamentöser Standard perioperative Akutschmerztherapie Letzte Aktualisierung: 15.02.2018
RM06	Sturzprophylaxe
	Name: Pflegestandard O19 Sturzmanagement (in Überarbeitung) Letzte Aktualisierung: 01.10.2015
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)
	Name: Pflegestandard A02 Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 09.08.2018
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen
	Name: Verfahrensanweisung Umgang mit Patienten bei Eigen- und Fremdgefährdung Letzte Aktualisierung: 06.03.2017
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten
	Name: Verfahrensanweisung zur Umsetzung MPG und MPBetreibV Letzte Aktualisierung: 07.03.2017
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen
	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel VA M&M Konferenz
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust
	Name: Verfahrensanweisung Umgang mit Sicherheitscheckliste Team Time Out, Letzte Aktualisierung: 01.05.2017
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde
	Name: Verfahrensanweisung Patientenidentifikation, Vermeidung von Verwechslungen; präoperative OP Checkliste der Station Letzte Aktualisierung: 19.09.2017
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen
	Name: Verfahrensanweisung Patientenidentifikation (siehe 15.) Letzte Aktualisierung: 19.09.2017
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	Name: Verfahrensanweisung OP Kurz-Bericht (existiert in Merheim, wird für Holweide angepasst) Letzte Aktualisierung: 25.09.2012
RM18	Entlassungsmanagement
	Name: Verfahrensanweisung Entlassung Letzte Aktualisierung: 24.01.2018

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor Letzte Aktualisierung: 20.01.2016
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem Frequenz: halbjährlich

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

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

- Jährliche Durchführung von externen Risikoaudits
- >120 umgesetzte Maßnahmen über die Risikokoordinationsteams in den Kliniken Köln
- Regelmäßige Durchführung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
- Manchester-Triage-System in den Zentralen Notaufnahmen
- Sicherheitscheckliste zum Team Time Out in allen Operationssälen
- Benutzung der Sicherheitssysteme für die enterale Ernährung
- Verfahrensweisungen zu besonders sicherheitsrelevanten Abläufen

Alle CIRS-Meldungen werden kontinuierlich durch geschulte CIRS-Vertrauenspersonen ggf. mit Unterstützung des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements bearbeitet.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

Gibt es ein Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet?

Ja, Tagungsfrequenz: halbjährlich

Die externen Berichte der einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesysteme (z.B. "Fehler des Monats" oder "paper of the month") werden intern kommuniziert und genutzt.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

	Anzahl ¹
Krankenhaustygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	4
Vier Krankenhaushygieniker/innen des Instituts für Hygiene sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	9
Hygienefachkräfte (HFK)	11
11 HFK sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	

	Anzahl ¹
Hygienebeauftragte in der Pflege	40
geschulte Hygienementoren	

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Prof. Arno Dormann
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor
 Telefon: 0221 / 8907 - 2602
 Telefax: 0221 / 8907 - 2799
 E-Mail: DormannA@kliniken-koeln.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: halbjährlich

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt: ja

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion	ja
Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
Beachtung der Einwirkzeit	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Sterile Handschuhe	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriler Kittel	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund-Nasen-Schutz	ja
Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Steriles Abdecktuch	ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor: ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor: ja

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst: ja

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe	ja
Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen / regionalen Resistenzlage)	ja
Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe	ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste(z.B.anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener / adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft: ja

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor: ja

Der Standard thematisiert insbesondere	
Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	ja
Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))	ja
Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	ja
Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage	ja
Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	ja

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert: ja

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen: 212 ml/Patiententag

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben: ja

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen: 34 ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen: ja

Der Verbrauch liegt für jede Station über dem Median der Referenzdaten nach Hand-KISS.

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

Der Standard thematisiert insbesondere	
Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke ¹	ja
Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	ja

¹ www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html

Für alle MRE-positiven Patienten werden spezifische Infektionspräventionmaßnahmen durchgeführt.

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS STATIONS-KISS
	Die hauseigenen Ergebnisse werden kontinuierlich mit Referenzdaten abgeglichen. Die Erfassung von Wundinfektionen erfolgt analog dem OP-KISS Modul.	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Hygienefachkräftenetzwerk der Region Bundesweiten Neonatalerhebung (Aqua-Institut) Bundesministerium für Gesundheit unterstützten GNN-Studie MRE Netzwerk: Labor, regio rhein ahr HYGPFLEG-Netzwerk Ständige Arbeitsgemeinschaft Hygiene der DGHM Netzwerk Zukunft + Hygiene (NZH)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Zertifikat Silber
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygiene-bezogenen Themen	
	Zusätzlich zu den Schulungen vor Ort erfolgt eine mindestens jährliche Onlineschulung aller Mitarbeiter.	

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	
	Konstruktive Vorschläge und kritische Anmerkungen werden zur Verbesserung genutzt. In einer speziellen hausübergreifenden Rückmeldekommission werden Lob, Wünsche und Beschwerden berufsübergreifend regelmäßig strukturiert analysiert und Verbesserungen abgeleitet.	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	
	Der Umgang mit Wünschen und Beschwerden ist in einer intern veröffentlichten Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden" geregelt.	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensanweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	
	In der oben genannten Verfahrensanweisung sind Zeitziele von max. sieben Bearbeitungstagen bis zur Erstantwort definiert.	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	M.Sc. Ute Westphal Qualitätsmanagement Telefon: 0221 / 8907 - 2429 Telefax: 0221 / 8907 - 2863 E-Mail: QM@kliniken-koeln.de M.A. Franziska Jacob Qualitätsmanagement Telefon: 0221 / 8907 - 2813 Telefax: 0221 / 8907 - 2863 E-Mail: QM@kliniken-koeln.de
	Weitere Ansprechpartnerin ist die Patientenfürsprecherin, die einmal wöchentlich vor Ort telefonisch oder schriftlich erreichbar ist (Patientenfürsprecher-Holweide@kliniken-koeln.de).	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM07	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Frau Christiana Dornbusch Patientenfürsprecherin Holweide Telefon: 0221 / 8907 - 2559 Telefax: 0221 / 8907 - 2906 E-Mail: DornbuschC@kliniken-koeln.de Frau Dorothee Hellmanns Patientenfürspecherin Holweide Telefon: 0221 / 8907 - 2559 Telefax: 0221 / 8907 - 2432 E-Mail: Patientenfuersprecher-Holweide@kliniken-koeln.de
	Die Patientenfürsprecherin oder Ihre Vertreterin ist mindestens einmal wöchentlich im Haus und bearbeitet die telefonisch, persönlich oder schriftlich eingehenden Rückmeldungen. Auf Wunsch werden ebenfalls Termine vor Ort vereinbart. Sprechzeiten entnehmen Sie bitte den Aushängen / Flyern. Ein Kontaktformular steht im Internet zur Verfügung: https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Patientenfuersprecher_Kontaktformular.htm .	
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	
	Meinungsbögen können auch anonym genutzt werden. Auch die Patientenfürsprecherin steht auf Wunsch für eine anonymisierte Beschwerde zur Verfügung (siehe Aushänge und Flyer in der Eingangshalle oder auf den Stationen).	
BM09	Patientenbefragungen	
	Regelmäßige Patientenbefragungen werden durchgeführt: Eine kontinuierliche Patientenbefragung wurde 2017 eingeführt. Ein Jahresbericht wird jährlich intern veröffentlicht.	
BM10	Einweiserbefragungen	
	Einweiserbefragungen werden regelmäßig durchgeführt; im Jahr 2017 fand die aktuelle Einweiserbefragung statt.	

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Die Arzneimittelkommission befasst sich regelmäßig mit dem Thema Arzneimitteltherapiesicherheit.

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Name: Prof. Dr Horst Kierdorf
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Klinischer Direktor
 Telefon: 0221 / 8907 - 2015
 E-Mail: PauseB@kliniken-koeln.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

	Anzahl ¹
Apotheker	11
Weiteres pharmazeutisches Personal	20

¹ Anzahl der Personen

Die Zuständigkeit der Apotheke erstreckt sich über alle Krankenhäuser der Kliniken der Stadt Köln gGmbH.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese - Verordnung - Patienteninformation - Arzneimittelabgabe - Arzneimittelanwendung - Dokumentation - Therapieüberwachung - Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS01	Allgemeines: Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS02	Allgemeines: Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder
AS04	Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese: Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)
AS07	Medikationsprozess im Krankenhaus: Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatname), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
AS08	Medikationsprozess im Krankenhaus: Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)
AS09	Medikationsprozess im Krankenhaus: Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung Zubereitung durch pharmazeutisches Personal Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen
AS12	Medikationsprozess im Krankenhaus: Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kap. 12.2.3.2)
AS13	Entlassung: Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung Bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA01	Angiographiegerät / DSA MultiDiagnost 3 Fa. Philips	Gerät zur Gefäßdarstellung	☒
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen Stephanie / Sophie, Fa. Stefan	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	☒
AA08	Computertomograph (CT) Emotion 6 Fa. Siemens	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	☒
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim	Hirnstrommessung	☐
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	— — — ²

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	☒
	in Kooperation mit der Medizinischen Klinik I Nephrologie im Krankenhaus Merheim		
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		☒
	z.B. auch ECMO in Kooperation mit der Lungenklinik im Krankenhaus Merheim		
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	☒
	Incu i, Fa. Atom Medical		
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	— — — ²
	PillCam Platform, Fa. Medtronic		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	— — — ²
	u.a. Lithoskop Siemens		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	☒
	1.5.T Archieva Fa. Philips		
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	— — — ²
	Fischer-Tisch + Hologic Selenia lorad		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	— — — ²
	ECAM der Firma Mie		
AA32	Szintigraphiescanner / Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	— — — ²
	Firma Crystal Gammaprobe, Firma Neoprobe		
AA33	Uroflow / Blasendruckmessung / Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	— — — ²
	Urodiagnost MRF		

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt (² bei diesem Gerät nicht anzugeben)

Die HNO setzt zusätzlich zu den aufgeführten Großgeräten ein digitales Volumentomografiegerät (Morita) für bestimmte Schichtaufnahmen und eine Camera Silens für spezielle Hörprüfungen ein.

In der Chirurgie steht ebenfalls noch die rektale Endosonographie und die KM Sonographie zur Verfügung.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

1	Anästhesiologische Klinik.....	45
2	Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie.....	51
3	Frauenklinik & Geburtshilfe.....	74
4	Perinatalzentrum.....	87
5	Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie.....	97
6	Medizinische Klinik.....	109
7	Urologische Klinik.....	123
8	Brustzentrum.....	137
9	Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin.....	148
10	Institut für Transfusionsmedizin.....	154
11	Institut für Hygiene.....	161
12	Institut für Pathologie.....	165

B-1 Anästhesiologische Klinik

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesiologische Klinik

Name: Anästhesiologische Klinik

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Mark Gerbershagen

Funktion / Chefarzt der Anästhesiologie

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 2689

Telefax: 0221 / 8907 - 2690

E-Mail: GerbershagenM@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesiologische Klinik

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesiologische Klinik

Die Abteilung für Anästhesie, operative Intensivstation und Schmerztherapie versorgt alle operativen Kliniken, sowie die Innere Medizin mit anästhesiologischen Leistungen. Im operativen Bereich werden pro Jahr insgesamt ca. 13.000 Anästhesien durchgeführt, davon etwa 10.000 Allgemeinanästhesien, 2.000 Spinalanästhesien, sowie 1.000 Peridural- und Regionalanästhesien.

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Geburtshilfliche Anästhesie und Analgesie (Narkose und Schmerzausschaltung)
- Schmerzkonsildienst für stationäre Patienten: Spezielle Schmerztherapie (etwa 80 - 90 Konsile pro Quartal bei persistierenden postoperativen, bei chronischen oder tumorbedingten Schmerzen).

Bei medizinischen Notfällen (Reanimationen) im Krankenhaus Holweide ist die Klinik für Anästhesiologie federführend tätig.

Weitere Informationen über die Fachabteilung finden Sie auch auf der Homepage

https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Anaesthesiologie_Startseite.htm?ActiveID=1622

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesiologische Klinik

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Anästhesiologische Klinik

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Die Fallzahlen der Anästhesiologie sind in den Fachabteilungen abgebildet, für die eine Leistung erbracht wurden

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	408
2	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	95
3	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	57
4	8-779	Sonstige Wiederbelebensmaßnahmen	< 4

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die Fachabteilung der Anästhesie unterstützt mit Teil- oder Vollnarkosen ambulante Operationen / Eingriffen der operativen und konservativen Fachabteilungen.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

**B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der
Berufsgenossenschaft**

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	26,54
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	26,54
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	19
– davon ambulante Versorgungsformen	7,55
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	16,18
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	16,18
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,58
– davon ambulante Versorgungsformen	4,6
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung

B-1.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	18,78	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,55	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,22	
– davon stationäre Versorgung	13,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	5,34	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP27	OP-Koordination
ZP14	Schmerzmanagement

**B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für
Psychiatrie und Psychosomatik**

Bitte Ausfüllhinweise des G-BA beachten.

B-2 Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie

B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie

Name: Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie
 Art: Hauptabteilung
 Telefon: 0221 / 8907 - 2292
 Telefax: 0221 / 8907 - 2377
 E-Mail: postservice@kliniken-koeln.de

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Claus F. Eisenberger
 Funktion / Arbeits- schwerpunkt: Chefarzt der Klinik für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie
 Telefon: 0221 / 8907 - 2643
 Telefax: 0221 / 8907 - 2377
 E-Mail: EisenbergerCF@kliniken-koeln.de
 Straße: Neufelderstrasse 32
 PLZ / Ort: 51067 Köln - Holweide

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
 Ja

1. Implementierung mindestens zwei neuer Behandlungspfade pro Jahr sowie Evaluierung und Aktualisierung der bestehenden Behandlungspfade
2. Unterstützung der Umsetzung und Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagements (u. a. Risikoaudits, CIRS, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, OP-Sicherheitscheckliste / Team Time Out)
3. Umsetzung der Aktionspläne
 3. a. zur Patienten- und Einweiserbefragung,
 3. b. zum Berichtswesen der Qualitätsindikatoren,
 3. c. zu den durchgeführten Risikoaudits sowie
 3. d. zu den Audit-/Visitationsberichten der KTQ-Rezertifizierung und der Organzentren.
4. Die Zielsetzung ist jeweils das Erreichen der Benchmarkwerte, der Referenzwerte und die Erfüllung der Anforderungen der Zertifizierungsverfahren.
5. Reduktion der Wartezeit in der Ambulanz, Verbesserung der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden zum Abbau der Wartezeiten im Rahmen der Sprechstunden
6. Darmzentrums und Umsetzung des Aktionsplanes
7. Onkologischen Zentrums und Umsetzung des Aktionsplanes
8. Rezertifizierung des Schilddrüsenzentrums, Qualitätssicherung im Rahmen der Zentrumsarbeit
9. Aufbau einer gemeinsamen Viszeralmedizin in Kooperation mit der Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie in Merheim und der gemeinsamen Gastroenterologie

10. Verbesserung des Patientenservices in den Sprechstunden und in der Zentralen Notaufnahme

11. Neukonzeption der Räumlichkeiten und Umsetzung des Lean-Managements in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Unternehmensentwicklung

12. Verbesserung der Patienten- und Einweiserinformationen durch Neuordnung der Flyer, analog der Behandlungsschwerpunkte

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie

Von kleinen, ambulant durchgeführten Eingriffen, über minimalinvasive Eingriffe bis hin zur ausgedehnten komplexen Tumorchirurgie, Unfallchirurgie und Kyphoplastie:

- Gesamte Viszeralchirurgie (Bauchchirurgie)
- Leberchirurgie, Chirurgie der Gallenwege
- Pankreaschirurgie, Chirurgie der Bauchspeicheldrüse (Malignome, akute und chronische Entzündungen)
- Bösartige und gutartige Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens
- Refluxchirurgie
- Bösartige und gutartige des Darms,
- Chirurgie der Milz, des Retroperitoneum und der Nebenniere
- interdisziplinäre multiviszerale Resektionen.
- Endokrine Chirurgie: Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Pankreas, Nebenniere
 - auch minimalinvasiv, interdisziplinäre Endoskopie
- Metastasenchirurgie der Leber, der Lunge und der Eingeweide,
- Weichteiltumore (Sarkome)
- Chirurgie des Beckenbodens bei Beckenbodenschwäche, Stuhlinkontinenz, Rectocele, Diagnostik von Enddarkerkrankungen, Proktologie, sakrale Neuromodulationstherapie
- Leisten- und Narbenbrüche, minimalinvasive und offene RepARATION der Bauchwand
- Venöse Gefäßchirurgie, Krampfaderoperationen (Varikosis; minimalinvasive Technik nach Varady)
- CAPD-Katheter Einlage für dialysepflichtige Patienten
- Eventrecorder zur Diagnostik von kardiologischen Erkrankungen
- Implantation von Defibrillatoren („Herzschockgeräte“)
- Portanlagen zur Chemotherapie und Ernährung
- Sektion Unfallchirurgie und Orthopädie:
 - Akute Verletzungen,
 - Knochenbrüche, Schenkelhalsbrüche
 - Arthroskopie (Gelenkspiegelung),
- Hand- und Fußchirurgie
- Hüftgelenksendoprothesen
- Notfall-Ambulanz

- D-Arzt-Ambulanz

Minimalinvasive Chirurgie

Wir führen alle Eingriffe auch minimalinvasiv durch:

- Gallenblasenentfernung
- Refluxchirurgie/Refluxbeseitigung an der Speiseröhre (Fundoplikatio, Magnetband, Schrittmacher)
- Eingriffe an Magen, Darm und Milz
- Darmresektionen
- Blinddarmentfernung
- Leisten- und Narbenbruchoperationen
- Resektionen der Bauchspeicheldrüse (Pankreas), des Magens und der Leber

Weitere Informationen finden Sie unter: https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Chirurgie_Startseite.htm?ActiveID=1433

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC05	Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
	Metastasenchirurgie, Bullaresektion, Hyperhidrosis
VC13	Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
VC59	Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
VC18	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC19	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
	Varikosis
VC21	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
	Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Pankreas
VC22	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
	Darmtumoren, akut- und chron. entzündliche Darmerkrankungen, transanale endoskopische Mikrochirurgie
VC23	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
	Minimalinvasiv, Tumore und chron. Erkrankungen
VC24	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
	Pankreas, Ösophagus, Leber, Darm, Sarkome
VC60	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
VC62	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen / Plastiken
VC28	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren / Endoprothetik
	Hüftgelenksendoprothesen
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC32	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
VC64	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie / Plastische Chirurgie
VC65	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VO19	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
VO20	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin / Sporttraumatologie
VC45	Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
VC53	Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
	Laparoskopie, Nebenniere, Milz, Schilddrüse, Gallenblase, Darm, Fundoplikatio / Reflux
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
	NOTES
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
	Diabetischer Fuß, Proktologie, siehe auch B-2.8

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC66	Allgemein: Arthroskopische Operationen
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI20	Intensivmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO13	Spezialsprechstunde
VO14	Endoprothetik
VO15	Fußchirurgie
VO16	Handchirurgie
VO18	Schmerztherapie / Multimodale Schmerztherapie
VO19	Schulterchirurgie
VO20	Sportmedizin / Sporttraumatologie
VO21	Traumatologie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VC66	Arthroskopische Operationen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie / Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie
VR21	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)
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
VR40	Allgemein: Spezialsprechstunde
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Leber- Pankreas- und Ösophaguschirurgie
VX00	Minimalinvasive Chirurgie
VX00	Multivisceralresektionen
VX00	zertifiziertes Darmzentrum
VX00	zertifiziertes Kontinenzzentrum
VX00	zertifiziertes Zentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen zum Teil
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF23	Allergenarme Zimmer
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Allgemein,, Viszeral- und Unfallchirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 2.416

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-2.6 Diagnosen nach ICD

B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädellinneren	202
2	K80	Gallensteinleiden	163
3	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	109
4	K35	Akute Blinddarmentzündung	92
5	K40	Leistenbruch (Hernie)	91
6	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	79
7	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	76
8	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	71
9	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	67
10	S52	Knochenbruch des Unterarmes	66
11	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	65
12 – 1	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	55
12 – 2	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	55
14	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	50
15	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	48
16	L05	Eitrige Entzündung in der Gesäßfalte durch eingewachsene Haare - Pilonidalsinus	39
17	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	33
18	C73	Schilddrüsenkrebs	30
19	K61	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) im Bereich des Mastdarms bzw. Afters	28
20	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	27
21	K42	Nabelbruch (Hernie)	26
22	S70	Oberflächliche Verletzung der Hüfte bzw. des Oberschenkels	25
23 – 1	D34	Gutartiger Tumor der Schilddrüse	24
23 – 2	A46	Wundrose - Erysipel	24
25 – 1	K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	23
25 – 2	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	23
25 – 3	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	23
28 – 1	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	22
28 – 2	I70	Verkalkung der Schlagadern - Arteriosklerose	22
30	M54	Rückenschmerzen	21

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
K60	Einriss der Schleimhaut (Fissur) bzw. Bildung eines röhrenartigen Ganges (Fistel) im Bereich des Afters oder Mastdarms	17
C16	Magenkrebs	17
K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	17
C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	15
C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	15
S92	Knochenbruch des Fußes, außer im Bereich des oberen Sprunggelenkes	14
D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	13
M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	13
S01	Offene Wunde des Kopfes	12
K62	Sonstige Krankheit des Mastdarms bzw. des Afters	12
D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	11
S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	11
S30	Oberflächliche Verletzung des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	11
K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	11
C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	10
D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	10
K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	10
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge	10
K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	10
K63	Sonstige Krankheit des Darms	10
T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	9
K66	Sonstige Krankheit des Bauchfells (Peritoneum)	8
C15	Speiseröhrenkrebs	8
S43	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung von Gelenken bzw. Bändern des Schultergürtels	8
S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	7
K25	Magengeschwür	7
K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	6
C17	Dünndarmkrebs	6
K81	Gallenblasenentzündung	6
C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	5

B-2.7 Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-469	Sonstige Operation am Darm	498
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	348
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	278
4	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	263
5	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	229
6	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	228
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	208
8	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	196
9	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	189
10	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	171
11	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	163
12	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	133
13	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	120
14	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	106
15	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	96
16	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	93
17 – 1	5-063	Operative Entfernung der Schilddrüse	87
17 – 2	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	87
19	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	83
20	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	80
21 – 1	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	76
21 – 2	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	76
23	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	68

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
24 – 1	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	65
24 – 2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	65
24 – 3	8-190	Spezielle Verbandstechnik	65
27	5-061	Operative Entfernung einer Schilddrüsenhälfte	56
28	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	54
29	5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	52
30 – 1	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	49

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-820	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	49
5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	48
5-467	Sonstige wiederherstellende Operation am Darm	46
5-454	Operative Dünndarmentfernung	45
5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	42
1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	39
5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	38
5-448	Sonstige wiederherstellende Operation am Magen	34
5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	33
5-792	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	33
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	31
5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	31
5-524	Operative Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse	29
5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	29
5-538	Operativer Verschluss eines Zwerchfellbruchs (Hernie)	27
5-465	Rückverlagerung eines künstlichen (doppelläufigen) Darmausganges in den Bauchraum und Wiederherstellung der Durchgängigkeit des Darmes	26
5-545	Operativer Verschluss der Bauchwand bzw. des Bauchfells (Peritoneum)	25
5-484	Operative Mastdarmentfernung (Rektumresektion) mit Beibehaltung des Schließmuskels	24
5-062	Sonstige teilweise Entfernung der Schilddrüse	23
5-471	Entfernung des Blinddarms im Rahmen einer anderen Operation	22
5-462	Anlegen eines künstlichen Darmausganges, als schützende Maßnahme im Rahmen einer anderen Operation	19
5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	19
5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	19

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-460	Anlegen eines künstlichen (doppelläufigen) Darmausganges, als selbstständige Operation	18
5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	18
5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	17
5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	16
5-531	Operativer Verschluss eines Schenkelbruchs (Hernie)	15
5-516	Sonstige wiederherstellende Operation an den Gallengängen	15
5-449	Sonstige Operation am Magen	14

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Erläuterung: Privatversicherte und Zusatzversicherte

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
Diagnostik und Therapie von Arthropathien
Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
Spezialsprechstunde
Endoprothetik
Fußchirurgie
Handchirurgie
Schulterchirurgie
Sportmedizin / Sporttraumatologie
Traumatologie
Metall-/Fremdkörperentfernungen
Wirbelsäulenchirurgie
Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
Herzchirurgie: Defibrillatoreingriffe
Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen

Angebotene Leistung
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen / Plastiken
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren / Endoprothetik
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin / Sporttraumatologie
Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
Allgemein: Spezialsprechstunde
Privat- und zusatzversicherte chirurgische Leistungen

Schilddrüsenambulanz

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

Erläuterung: Beratung und ggf. praeop. Vorbereitung bei Schilddrüsenerkrankungen aller Art

Angebotene Leistung
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie / Plastische Chirurgie
Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
Allgemein: Spezialsprechstunde
Allgemein: Notfallmedizin
Diagnose und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen

Hepatobiliäre Sprechstunde (Leber- und Bauchspeicheldrüsensprechstunde)

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

Angebotene Leistung
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
Allgemein: Notfallmedizin
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Pankreas (Bauchspeicheldrüse), Leber und des Duodenums, Chron. Pankreatitis

Tumorsprechstunde

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

Angebotene Leistung
Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

Angebote Leistung
Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
Allgemein: Spezialsprechstunde
Diagnostik und Therapie von Tumorerkrankungen der Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Leber und des Magen-Darm-Trakts

Proktologische Sprechstunde

Art der Ambulanz:	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
Erläuterung:	Alle Erkrankungen des Afters und des Enddarms, Beckenbodenschwäche

Angebote Leistung
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
Allgemein: Spezialsprechstunde
Allgemein: Notfallmedizin
Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen des Enddarms

Handsprechstunde

Art der Ambulanz:	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
Erläuterung:	Erkrankungen und Verletzungen des Bindegewebes, der Sehnen, Gelenke und Knochen der Hand

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie aller Verletzungen des Handgelenks und der Hand

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie des Karpaltunnelsyndroms
Diagnostik und Therapie von Arthropathien
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
Spezialsprechstunde
Handchirurgie
Rheumachirurgie
Schmerztherapie / Multimodale Schmerztherapie
Schulterchirurgie
Sportmedizin / Sporttraumatologie
Traumatologie
Metall-/Fremdkörperentfernungen
Wirbelsäulenchirurgie
Arthroskopische Operationen

D-Arzt Sprechstunden

Art der Ambulanz: D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Angebotene Leistung
Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
Allgemein: Spezialsprechstunde
Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen

Notfallambulanz

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

Erläuterung: 24 Stunden ausschließlich für Notfälle aller Art

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie aller Notfallerkkrankungen und -verletzungen
Herzchirurgie: Schrittmachereingriffe
Herzchirurgie: Defibrillatoreingriffe
Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Thoraxchirurgie: Mediastinoskopie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Adipositaschirurgie
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen / Plastiken
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Gelenkersatzverfahren / Endoprothetik
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand

Angebote Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie / Plastische Chirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Schulterchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Sportmedizin / Sporttraumatologie
Neurochirurgie: Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
Neurochirurgie: Chirurgie der Bewegungsstörungen
Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
Neurochirurgie: Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
Neurochirurgie: Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
Neurochirurgie: Wirbelsäulenchirurgie
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe
Allgemein: Spezialsprechstunde
Allgemein: Arthroskopische Operationen
Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
Allgemein: Notfallmedizin

Fußsprechstunde

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

Angebote Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
Diagnostik und Therapie diabetischer Fußerkrankungen

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	194
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	84

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
3	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	30
4	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	22
5	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	21
6	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	18
7 – 1	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	15
7 – 2	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	15
9	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	13
10	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	11
11	5-841	Operation an den Bändern der Hand	10
12	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	7
13 – 1	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	6
13 – 2	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nerven oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	6
13 – 3	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	6
13 – 4	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	6
17 – 1	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	5
17 – 2	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	5
19 – 1	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	4
19 – 2	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	4
21 – 1	5-932	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung	< 4
21 – 2	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	< 4
21 – 3	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	< 4
21 – 4	5-79a	Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung von außen und Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21 – 5	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	< 4
21 – 6	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	< 4
21 – 7	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	< 4
21 – 8	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	< 4
21 – 9	8-201	Nichtoperatives Einrenken (Reposition) einer Gelenkverrenkung ohne operative Befestigung der Knochen mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
21 – 10	8-200	Nichtoperatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs ohne operative Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☒ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☒ stationäre BG-Zulassung

außer SUVGoÄ der Berufsgenossenschaft

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	22,77
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,77
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	20,68
– davon ambulante Versorgungsformen	2,09
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	10,3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,36
– davon ambulante Versorgungsformen	0,95

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
	Allgemeine Chirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie
	Kernkompetenz

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
	Spezielle chirurgische Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF33	Plastische Operationen
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	43,43	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	41,45	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,98	
– davon stationäre Versorgung	39,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,99	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	1,25	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,12	
Krankenpflegehelfer/ -innen	0,43	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,15	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,28	
– davon stationäre Versorgung	0,39	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	
Pflegehelfer/ -innen	1,01	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	0,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,09	
Hebammen / Entbindungspfleger	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Operationstechnische Assistenz	4,77	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,63	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,13	
– davon stationäre Versorgung	4,33	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,44	
Medizinische Fachangestellte	2,8	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,8	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,54	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,26	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP27	OP-Koordination
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

Zusätzlich werden RettungssanitäterInnen und StationssekretärInnen zur Unterstützung auf den Stationen eingesetzt.

B-3 Frauenklinik & Geburtshilfe

B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik & Geburtshilfe

Name: Frauenklinik & Geburtshilfe

Art: Hauptabteilung

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Werner Neuhaus

Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt der Frauenklinik & Geburtshilfe

Telefon: 0221 / 8907 - 2736

Telefax: 0221 / 8907 - 2745

E-Mail: NeuhausW@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Str. 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik & Geburtshilfe

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik & Geburtshilfe

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Alle Erkrankungen in der Frauenheilkunde, Geburtshilfe, Urogynäkologische Operationen/Inkontinenz
- Perinatalzentrum mit Versorgung von Hochrisikoschwangerschaften
- Pränatale Diagnostik inkl. Amniozentese, Cordozentese, Amniondrainage und Dopplersonographie
- Mehrlingssprechstunde für Hochrisikoschwangerschaften bei Geminigravidität und Drillingen
- Kindergynäkologie
- Kontinenzsprechstunde mit Beratung aller Patientinnen mit Belastungs- und Dranginkontinenz einschl. konservativer und operativer Verfahren
- Gynäkologische Onkologie mit Versorgung von Patientinnen mit Ovarial-, Endometrium-, Gebärmutterhals- und Vulvakarzinom
- Behandlung bei starken Senkungen durch neue Bandtechniken

Weitere Informationen über den Fachbereich finden Sie unter https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Frauenklinik_Startseite.htm?ActiveID=1624.

Wöchentliche Perinatalzentrumsbesprechungen mit den Pädiatern, den Pränataldiagnostikern und den Geburtshelferinnen, ca. 2-4 Kasuistiken pro Woche, immer die Frühgeborenen < 1500g.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG04	Kosmetische / Plastische Mammachirurgie
VG05	Endoskopische Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG15	Spezialsprechstunde
	Unter anderem auch Beratung von Risikoschwangeren
VG16	Urogynäkologie
VG19	Ambulante Entbindung
VG00	Brachytherapie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK12	Neonatologische / Pädiatrische Intensivmedizin
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK25	Neugeborenenenscreening
VK31	Kinderchirurgie
VK32	Kindertraumatologie
VK34	Neuropädiatrie
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik & Geburtshilfe

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Frauenklinik & Geburtshilfe

Vollstationäre Fallzahl: 4.407

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Diagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	769
2	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	334
3	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	287
4	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	252
5	O80	Normale Geburt eines Kindes	160
6	O70	Dammriss während der Geburt	140
7	O42	Vorzeitiger Blasensprung	139
8	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	108
9	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	97
10	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	96

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
11	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
12	P08	Störung aufgrund langer Schwangerschaftsdauer oder hohem Geburtsgewicht	88
13	O69	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Komplikationen mit der Nabelschnur	87
14	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	78
15	O21	Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft	63
16	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	61
17	O63	Sehr lange dauernde Geburt	59
18	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	57
19	O35	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung oder Schädigung des ungeborenen Kindes	55
20	P00	Schädigung des ungeborenen Kindes bzw. des Neugeborenen durch Zustände der Mutter, die zur vorliegenden Schwangerschaft keine Beziehung haben müssen	53
21	O04	Abtreibung	52
22	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	49
23	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	48
24	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	40
25	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	38
26	O64	Geburtshindernis durch falsche Lage bzw. Haltung des ungeborenen Kindes kurz vor der Geburt	36
27	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	35
28 – 1	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit bzw. Entbindung	34
28 – 2	O03	Spontane Fehlgeburt	34
30	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	33

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
O60.1	Vorzeitige spontane Wehen mit vorzeitiger Entbindung	167
O35.8	Betreuung der Mutter bei (Verdacht auf) sonstige Anomalie oder Schädigung des Fetus	46
O24.4	Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend	36
C56	Eierstockkrebs	21
C53	Gebärmutterhalskrebs	17

ICD	Bezeichnung	Anzahl
O30.0	Zwillingsschwangerschaft	11
O32.5	Betreuung der Mutter bei Mehrlingsschwangerschaft mit Lage- und Einstellungsanomalie eines oder mehrerer Feten	9
N81.4	Uterovaginalprolaps, nicht näher bezeichnet	9
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium	5
C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet	< 4

B-3.7 Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	1.357
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.003
3	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	763
4	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	584
5	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	118
6	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	111
7	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	109
8	5-469	Sonstige Operation am Darm	107
9	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut - Ausschabung	86
10	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	81
11	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	78
12	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	71
13	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	66
14	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	60
15	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	58
16	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	54
17 - 1	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	53
17 - 2	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	53
19	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	52
20	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	51

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	45
22	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	40
23	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	39
24	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	35
25	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters - Sterilisationsoption bei der Frau	34
26	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	33
27	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	31
28	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	29
29	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	27
30	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	26

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
9-262.1	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	962
5-749.10	Sonstiger Kaiserschnitt	407
5-749.11	Sonstiger Kaiserschnitt	330
5-749.0	Sonstiger Kaiserschnitt	266
5-682.02	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	52
5-720	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Geburtszange	10
5-754.11	Behandlung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	6

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kooperation mit Pränatalplus Köln: fünfmal pro Woche (Montag bis Freitag, ggf. auch nach Vereinbarung) pränatale Diagnostik inkl. Therapie (Organ-US, Doppler-US, AC, CVS, Cordozentese, Amniondrainagen, intrauterine Therapie)

Privatsprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene Leistung
Endoskopische Operationen
Gynäkologische Chirurgie
Inkontinenzchirurgie
Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
Pränataldiagnostik und -therapie
Betreuung von Risikoschwangerschaften
Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
Geburtshilfliche Operationen
Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

Angebote Leistung
Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
Spezialsprechstunde
Urogynäkologie
Ambulante Entbindung

Kindergynäkologie

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

Erläuterung: Beratung bei kindergynäkologischen Fehlbildungen

Inkontinenz-Sprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Erläuterung: Aufgrund der steigenden Lebenserwartung sind viele Frauen von Blasenschwäche oder auch Senkung des Beckenbodens betroffen. Wir möchten Mut machen, uns bei Problemen anzusprechen und bieten dazu eine Sprechstunde an. Zunächst wird eine ausführliche Anamnese erhoben. Es folgt die Untersuchung.

Angebote Leistung
Inkontinenzchirurgie
Spezialsprechstunde
Urogynäkologie

Mehrlingssprechstunde

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

Angebote Leistung
Pränataldiagnostik und -therapie
Betreuung von Risikoschwangerschaften
Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
Spezialsprechstunde
Beratung und Betreuung von Mehrlingsschwangerschaften

Pränatale Sprechstunde

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

Angebote Leistung
Pränataldiagnostik und -therapie
Betreuung von Risikoschwangerschaften
Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
Spezialsprechstunde

Angebotene Leistung
Beratung und Betreuung bei körperlichen und psychischen Veränderungen und Vorgängen bei Schwangeren und dem Fetus, die durch die Schwangerschaft und die bevorstehende Geburt hervorgerufen werden.
Pänatale Diagnostik bedeutet Untersuchungen am bzw. in Bezug auf Embryo bzw. Fötus und Schwangeren.
Pänatale Medizin ist die vorgeburtliche Untersuchung und Behandlung ungeborener Kinder.

Diabetes und Schwangerschaft

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

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
Spezialsprechstunde
Betreuung und Beratung von Schwangeren, die zuckerkrank sind.

Onkologische Sprechstunde

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

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
Onkologische Tagesklinik
Gynäkologische Chirurgie
Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
Spezialsprechstunde

ZPM-Sprechstunde

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
 Erläuterung: operative Planungssprechstunde (ZPM)

Myomsprechstunde

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

Angebotene Leistung
Endoskopische Operationen
Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
Spezialsprechstunde

Geburtsplanungs-Sprechstunde

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

Angeborene Leistung
Geburtshilfliche Operationen
Spezialsprechstunde

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut - Ausschabung	131
2	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	108
3	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	89
4	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	63
5	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	30
6	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	28
7	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	21
8	5-667	Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Eileiter durch Einbringen von Flüssigkeit bzw. Gas	14
9	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	13
10 - 1	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	12
10 - 2	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	12
12 - 1	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	8
12 - 2	5-712	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	8
14	5-672	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses	7
15 - 1	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	5
15 - 2	1-571	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gebärmutter bzw. Gebärmutterhals durch operativen Einschnitt	5
17 - 1	1-572	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Scheide durch operativen Einschnitt	< 4
17 - 2	1-559	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus sonstigen Verdauungsorganen, dem Bauchfell (Peritoneum) bzw. dem dahinter liegenden Gewebe (Retroperitoneum) durch operativen Einschnitt	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17 – 3	5-983	Erneute Operation	< 4
17 – 4	5-670	Erweiterung des Gebärmutterhalses	< 4
17 – 5	5-652	Operative Entfernung des Eierstocks	< 4
17 – 6	5-542	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Bauchwand	< 4
17 – 7	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	< 4
17 – 8	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	< 4
17 – 9	5-716	Operativer Aufbau bzw. Wiederherstellung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane (bzw. des Dammes)	< 4
17 – 10	5-710	Operativer Einschnitt in die äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	< 4
17 – 11	5-701	Operativer Einschnitt in die Scheide	< 4
17 – 12	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	< 4
17 – 13	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
17 – 14	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4

B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	14,77
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,77
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	11,15
– davon ambulante Versorgungsformen	3,62
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	7,09
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	7,09
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,35
– davon ambulante Versorgungsformen	1,74

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
	volle Weiterbildungsbefugnis Geburtshilfe, pränatale Medizin (2 jährige Zusatzausbildung)
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	18,41	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	18,39	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	13,9	
– davon ambulante Versorgungsformen	4,51	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	9,22	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,22	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	6,96	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,26	
Krankenpflegehelfer/ –innen	1,18	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	0,89	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,29	
Pflegehelfer/ –innen	1,9	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,9	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,44	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,47	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Hebammen / Entbindungspfleger	13,76	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	12,02	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,74	
– davon stationäre Versorgung	10,39	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,37	
Beleghebammen / Belegentbindungspfleger	0	
Operationstechnische Assistenz	0,66	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,66	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,16	
Medizinische Fachangestellte	0,17	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,13	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,04	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP27	OP-Koordination
ZP14	Schmerzmanagement
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-4 Perinatalzentrum**B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
Perinatalzentrum**

Name: Perinatalzentrum

Art: Hauptabteilung

Chefärzte

Name: Herr Prof. Dr. med Michael Weiß

Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt der Kinder- und Jugendmedizin inkl. Perinatalzentrum

Telefon: 0221 / 8907 - 5201

Telefax: 0221 / 8907 - 5476

E-Mail: ToennesB@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Str. 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

Name: Herr Dr. med. Marc Hoppenz

Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Ärztlicher Leiter des Perinatalzentrums

Telefon: 0221 / 8907 - 5451

Telefax: 0221 / 8907 - 5395

E-Mail: HoppenzM@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Str. 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

Das Perinatalzentrum ist Teil des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße.

**B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der
Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum**

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK12	Neonatologische / Pädiatrische Intensivmedizin
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK23	Versorgung von Mehrlingen
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK25	Neugeborenenscreening
VK29	Spezialsprechstunde
VK31	Kinderchirurgie in Verbindung mit Kinderchirurgie und Kinderurologie Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße
VK36	Neonatologie

Die Betten im Perinatalzentrum gehören zu der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Str., werden aber in Holweide vorgehalten, weil sich dort die Geburtsklinik befindet.

Zur Qualitätssicherung finden wöchentliche Perinataalkonferenzen mit Beteiligung der Neonatologie, Pränatalmedizin, Geburtshilfe und Kinderchirurgie statt. Außerdem beteiligt sich die Klinik an den halbjährlichen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen der neonatologischen Abteilung Nordrhein und an der bundesweiten Neonatalerhebung, sowie an der Infektions-Surveillance mittels Neo - KISS und an der vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützten GNN-Studie (German Neonatal Network).

Weitere Informationen über den Fachbereich finden Sie unter https://www.kliniken-koeln.de/Riehl_Neonatologie_Perinatalzentrum.htm?ActiveID=3141

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Perinatalzentrum

Die Betten im Perinatalzentrum gehören zu der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Str., werden aber in Holweide vorgehalten, weil sich dort die Geburtsklinik befindet. Daneben werden Neugeborene auch im Kinderkrankenhaus auf der interdisziplinären pädiatrischen Intensivstation, der Frühgeborenenstation und auf der Säuglingsstation behandelt.

Vollstationäre Fallzahl: 273

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-4.6 Diagnosen nach ICD

B-4.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	81
2	P22	Atemnot beim Neugeborenen	68
3	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	67
4	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	18
5	P36	Blutvergiftung (Sepsis) durch Bakterien beim Neugeborenen	7
6	P05	Mangelentwicklung bzw. Mangelernährung des ungeborenen Kindes in der Gebärmutter	4
7 – 1	Q79	Angeborene Fehlbildung des Muskel-Skelett-Systems, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist	< 4
7 – 2	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	< 4
7 – 3	P23	Angeborene Lungenentzündung	< 4
7 – 4	P24	Atemnot oder Lungenentzündung des Neugeborenen durch Einatmung von Fruchtwasser	< 4
7 – 5	P21	Atemstillstand (Asphyxie) des Kindes während der Geburt	< 4
7 – 6	P52	Blutung innerhalb des Schädels beim ungeborenen Kind bzw. beim Neugeborenen, nicht durch eine Verletzung bedingt	< 4
7 – 7	P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	< 4
7 – 8	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	< 4
7 – 9	P29	Krankheit des Herz- und Kreislaufsystems mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	< 4
7 – 10	P20	Sauerstoffmangel in der Gebärmutter	< 4
7 – 11	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn - Hirninfarkt	< 4
7 – 12	Q84	Sonstige angeborene Fehlbildung der Haut bzw. zugehöriger Strukturen wie Haare oder Schweißdrüsen	< 4
7 – 13	Q75	Sonstige angeborene Fehlbildung der Knochen des Kopfes bzw. des Gesichtes	< 4
7 – 14	Q04	Sonstige angeborene Fehlbildung des Gehirns	< 4
7 – 15	P61	Sonstige Krankheit des Blutes in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	< 4
7 – 16	P81	Sonstige Störung der Temperaturregulation beim Neugeborenen	< 4
7 – 17	Q99	Sonstige ungewöhnliche Veränderung der Erbinformationen (Chromosomen)	< 4
7 – 18	P96	Sonstiger Zustand, der seinen Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt hat	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7 – 19	P25	Überblähung der Lunge (Emphysem) bzw. ähnliche Zustände mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	< 4

B-4.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Neben der Spezialisierung auf die Behandlung von extrem unreifen Frühgeborenen besteht eine besondere Kompetenz in der Behandlung von angeborenen Fehlbildungen wie Bauchwanddefekte, Zwerchfellhernien und urologische Fehlbildungen. Die Behandlung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit den Spezialisten der Pränataldiagnostik sowie mit der Kinderchirurgie und Kinderurologie des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße.

B-4.7 Prozeduren nach OPS

B-4.7.1 Durchgeführte Prozeduren 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	291
2	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	269
3	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	241
4	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	199
5	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	154
6	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	123
7	8-700	Offenhalten der Atemwege durch einen Schlauch über Mund oder Nase	88
8	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	73
9	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	70
10	9-203	Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen	38
11	8-714	Spezialverfahren zur künstlichen Beatmung bei schwerem Atemversagen	33
12	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	27
13	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	18
14	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	15
15	8-811	Ausgleich eines Flüssigkeitsmangels bei Neugeborenen durch Einbringen von Flüssigkeit über eine Vene	11
16	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	9

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	8
18	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	6
19 – 1	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	< 4
19 – 2	8-607	Behandlung durch Unterkühlung zur Verringerung des Sauerstoffbedarfs	< 4
19 – 3	8-121	Darmspülung	< 4
19 – 4	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	< 4
19 – 5	5-249	Sonstige Operation oder andere Maßnahme an Gebiss, Zahnfleisch bzw. Zahnfächern	< 4
19 – 6	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	< 4
19 – 7	5-230	Zahnentfernung	< 4

B-4.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

Der Schwerpunkt der Behandlung insbesondere von sehr unreifen Frühgeborenen zielt auf eine gute Überwachung unter Vermeidung invasiver Maßnahmen wie z.B. Beatmung, soweit dies möglich ist.

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten für die Pädiatrie / Perinatalmedizin befinden sich im Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße in Riehl.

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

Bei Bedarf im Kinderkrankenhaus über die Kinderchirurgie und Kinderurologie.

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	5,48
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,48
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,48
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	1,49
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,49
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,49
– davon ambulante Versorgungsformen	0

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
	Weiterbildungsbefugnis
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie
	Weiterbildungsbefugnis
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
	Weiterbildungsbefugnis
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
	Weiterbildungsbefugnis
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
	Weiterbildungsbefugnis

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF03	Allergologie
ZF07	Diabetologie
ZF14	Infektiologie

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
	Weiterbildungsbefugnis
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
	Weiterbildungsbefugnis
ZF17	Kinder-Gastroenterologie
	Weiterbildungsbefugnis
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie
	Weiterbildungsbefugnis
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

Die Versorgung der Patienten des Perinatalzentrum sowie der interdisziplinären Intensivstation des Kinderkrankenhauses erfolgt durch ein gemeinsames Ärzteteam. Es ist zu jedem Zeitpunkt die Erreichbarkeit eines Facharztes für Kinderheilkunde mit der Zusatzbezeichnung Neonatologie gewährleistet.

B-4.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	0,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	20,8	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	20,78	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	20,8	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP28	Still- und Laktationsberatung

B-5 Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie**B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie**

Name: Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie
Art: Hauptabteilung
Telefon: 0221 / 8907 - 2727 oder 2288
Telefax: 0221 / 8907 - 2730
E-Mail: werkb@kliniken-koeln.de

Chefärzte

Name: Herr Prof. Dr. med. Steffen Maune
Funktion / Chefarzt der Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0221 / 8907 - 2727
Telefax: 0221 / 8907 - 2730
E-Mail: MauneS@kliniken-koeln.de
Straße: Neufelder Straße 32
PLZ / Ort: 51067 Köln

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Ja

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie**Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

Die Fachabteilung bietet das komplette diagnostische und therapeutische Spektrum des Faches Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Kopf- und Halschirurgie an

Standard-Eingriffe

- Mandel- und Polypentfernungen bei Kindern und Erwachsenen
- Nasenscheidewandbegradigung
- Mikroskopische Kehlkopfchirurgie
- Endoskopische und mikroskopische Nasennebenhöhlen-Chirurgie
- Mikrochirurgie des Ohres und gehörverbessernde Operationen
- Speicheldrüsenchirurgie mit besonderer Schonung des Gesichtsnerven

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Tumorchirurgie im Kopf-Hals-Bereich
- Interdisziplinäre Kopfchirurgie: Tumore der Augenhöhle und der Schädelbasis, Versorgung von Knochenbrüchen im Mittelgesicht in

Zusammenarbeit mit der Augenklinik, Neurochirurgie und Unfallchirurgie in Merheim

- Implantationschirurgie am Mittel- und Innenohr zur Hörverbesserung
- Diagnostik und Therapie von Stimmstörungen
- funktionell-ästhetische Chirurgie der Nase,
- Interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit Morbus Osler (HHT) im Rahmen des Behandlungszentrums
- minimalinvasive Therapie von obstruktiven Speicheldrüsenerkrankungen (Speichelsteine, Stenosen) inklusive extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Speichelgangsendoskopie (Sialendoskopie) und sonographisch kontrollierten Verfahren

Schwerpunkt-Zentren der Fachabteilung:

- Kopf-Hals-Tumor-Zentrum (interdisziplinär)
- Cochlear Implant Zentrum der Kliniken der Stadt Köln

Weitere Informationen über den Fachbereich finden Sie unter https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_HNO_Startseite.htm?ActiveID=1626

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH02	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH04	Ohr: Mittelohrchirurgie
VH05	Ohr: Cochlearimplantation
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH07	Ohr: Schwindeldiagnostik / -therapie
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH11	Nase: Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln
VH12	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH13	Nase: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VI32	Nase: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
VH14	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH15	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH16	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH17	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH24	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen in Kooperation mit der Neurologie im Krankenhaus Merheim
VH25	Mund / Hals: Schnarchoperationen
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH19	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH20	Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge
VH21	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH22	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
VH26	Allgemein: Laserchirurgie

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie

Vollstationäre Fallzahl: 2.298

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-5.6 Diagnosen nach ICD

B-5.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	306
2	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	198
3	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	133
4	J03	Akute Mandelentzündung	124
5	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	113
6	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	84
7	R04	Blutung aus den Atemwegen	73

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
8 – 1	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	71
8 – 2	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	71
10	C32	Kehlkopfkrebs	66
11	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	58
12	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	56
13	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	42
14	I78	Krankheit der kleinsten Blutgefäße (Kapillaren)	38
15 – 1	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	36
15 – 2	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	36
17	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit - Cholesteatom	31
18	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	30
19	H70	Entzündung des Warzenfortsatzes beim Ohr bzw. ähnliche Krankheiten	27
20	C44	Sonstiger Hautkrebs	26
21	A46	Wundrose - Erysipel	23
22	H61	Sonstige Krankheit der Ohrmuschel bzw. des Gehörganges	22
23	J04	Akute Kehlkopfentzündung bzw. Luftröhrentzündung	21
24 – 1	H91	Sonstiger Hörverlust	20
24 – 2	C02	Sonstiger Zungenkrebs	20
26 – 1	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	19
26 – 2	C09	Krebs der Gaumenmandel	19
26 – 3	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	19
29 – 1	Q67	Angeborene muskuläre bzw. knöcherne Fehlbildung des Kopfes, des Gesichts, der Wirbelsäule bzw. des Brustkorbes	18
29 – 2	H60	Entzündung des äußeren Gehörganges	18

B-5.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
J34.2	Nasenseptumdeviation	152
C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	10
C04	Mundbodenkrebs	8
C01	Krebs des Zungengrundes	7
C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	6
C05	Gaumenkrebs	4

B-5.7 Prozeduren nach OPS

B-5.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	563
2	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) - Tonsillektomie ohne Adenotomie	329
3	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	190
4	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	177
5	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	166
6	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	161
7	5-222	Operation am Siebbein bzw. an der Keilbeinhöhle	153
8	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	132
9	5-221	Operation an der Kieferhöhle	120
10	5-280	Operative Eröffnung bzw. Ableitung eines im Rachen gelegenen eitrigen Entzündungsherdes (Abszess) von der Mundhöhle aus	103
11	1-549	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Kehlkopf durch operativen Einschnitt	93
12	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	91
13	1-546	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Mundrachen durch operativen Einschnitt	82
14	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	68
15 – 1	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	65
15 – 2	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	65
17	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten - Neck dissection	64
18	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	63
19	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	57
20	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	48
21	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	42
22 – 1	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges	40
22 – 2	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	40
24	1-547	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Rachen durch operativen Einschnitt	39
25 – 1	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	37
25 – 2	5-289	Sonstige Operation an Gaumen- bzw. Rachenmandeln	37
27 – 1	5-223	Operation an der Stirnhöhle	36

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
27 – 2	5-205	Sonstige operative Entfernung an Mittel- bzw. Innenohr	36
29 – 1	5-203	Operative Ausräumung des Warzenfortsatzes	35
29 – 2	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	35

B-5.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	28
5-905	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	27
5-209.2	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	25
5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	24
5-302	Sonstige teilweise Entfernung des Kehlkopfes	12
5-263	Wiederherstellende Operation an einer Speicheldrüse bzw. an einem Speicheldrüsenausführungsgang	12
5-295.1	Operative Entfernung von Teilen des Rachens	9
5-303	Operative Entfernung des Kehlkopfes	8
5-301	Operative Entfernung einer Kehlkopfhälfte	7
5-197	Operativer Einsatz einer Steigbügelprothese	5
5-184	Operative Korrektur absteigender Ohren	< 4

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine HNO-Ambulanz

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

Erläuterung: Mit Überweisungsschein vom HNO-Arzt oder Einweisungsschein: Vollständige Diagnostik und Therapie des Fachgebietes sowie OP-Planung und -vorbereitung

Angeborene Leistung
Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
Ohr: Mittelohrchirurgie
Ohr: Cochlearimplantation
Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
Ohr: Schwindeldiagnostik / -therapie
Ohr: Pädaudiologie
Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
Nase: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

Angebotene Leistung
Nase: Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin
Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
Mund / Hals: Schnarchoperationen
Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge
Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich
Allgemein: Spezialsprechstunde
Allgemein: Laserchirurgie
konsiliarische Beratung auf Überweisungen von HNO-Ärzten
Laserchirurgische Eingriffe
logopädische Untersuchungen und Therapien
Tumornachsorge und ambulante Nachsorge bis 6 Wochen nach dem stationären Aufenthalt
Untersuchungen bei Hörstörungen im Kindesalter (Pädaudiologie) auf Überweisungen von HNO-Ärzten und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin

Privat-Ambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz
 Erläuterung: Für Privat-Patienten: Vollständige Diagnostik und Therapie des Fachgebietes sowie OP-Planung und -vorbereitung, Details s.o.

Notfall-Ambulanz (24 Stunden)

Art der Ambulanz: Notfallambulanz (24h)
 Erläuterung: Rund-um-die-Uhr Notfallversorgung des Fachgebietes, außerhalb der Sprechstundenzeit der HNO-Praxen

Vor- und nachstationäre Leistungen

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
 Erläuterung: Erbringung von vor- und nachstationären Leistungen

Tumornachsorge

Art der Ambulanz: Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
 Erläuterung: Sprechstunde zur Nachbehandlung, Verlaufskontrolle und Rehabilitation nach Tumorthherapie

Angebotene Leistung
Anlage 3 Nr. 1: 11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen

Zusätzliche Spezialsprechstunden:

- Cochlear Implant
- Plastische Operationen
- Stimmstörungen

- Morbus Osler
- Erkrankungen der Speicheldrüsen

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	113
2	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	71
3	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	7
4 – 1	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandstoffen (Tamponade)	< 4
4 – 2	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	< 4
4 – 3	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
4 – 4	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	< 4
4 – 5	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	< 4
4 – 6	1-537	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Naseninnenraum durch operativen Einschnitt	< 4
4 – 7	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
4 – 8	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	< 4
4 – 9	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	< 4
4 – 10	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	< 4
4 – 11	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
4 – 12	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	< 4
4 – 13	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	< 4
4 – 14	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	< 4
4 – 15	5-202	Operativer Einschnitt in den Warzenfortsatz bzw. das Mittelohr	< 4
4 – 16	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
4 – 17	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	< 4
4 – 18	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	< 4
4 – 19	9-984	Pflegebedürftigkeit	< 4
4 – 20	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	< 4
4 – 21	1-612	Untersuchung der Nase durch eine Spiegelung	< 4
4 – 22	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	< 4
4 – 23	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	< 4
4 – 24	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4 – 25	5-316	Wiederherstellende Operation an der Luftröhre	< 4

B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	13,7
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	13,7
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,1
– davon ambulante Versorgungsformen	4,6
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	5,37
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,37
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,57
– davon ambulante Versorgungsformen	1,8

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ54	Radiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF33	Plastische Operationen

B-5.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	22,69	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,17	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,52	
– davon stationäre Versorgung	15,07	
– davon ambulante Versorgungsformen	7,62	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	1,55	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,03	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,52	
Krankenpflegehelfer/ –innen	0,29	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon stationäre Versorgung	0,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,1	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Pflegehelfer/ -innen	0,25	ab 200 Std. Basiskurs
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,25	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,17	
- davon ambulante Versorgungsformen	0,08	
Operationstechnische Assistenz	0,66	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,66	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,44	
- davon ambulante Versorgungsformen	0,22	
Medizinische Fachangestellte	1,18	3 Jahre
- davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,18	
- davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
- davon stationäre Versorgung	0,78	
- davon ambulante Versorgungsformen	0,4	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP27	OP-Koordination
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

Zusätzlich werden RettungssanitäterInnen und StationssekretärInnen zur Unterstützung auf den Stationen eingesetzt.

B-5.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

siehe B.1-12.3

B-6 Medizinische Klinik**B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik**

Name: Medizinische Klinik
Art: Hauptabteilung
Telefon: 0221 / 8907 - 2602
Telefax: 0221 / 8907 - 2799
E-Mail: med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de

Chefärzte

Name: Prof. Dr. Arno Dormann
Funktion / Chefarzt
Arbeits-
schwerpunkt:
Telefon: 0221 / 8907 - 2602
E-Mail: med-klinik.holweide@kliniken-koeln.de
Straße: Neufelder Straße 32
PLZ / Ort: 51067 Köln

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
Ja

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik

Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

Diagnostik und Therapie in der Allgemeinen Inneren Medizin, Bluterkrankungen, Tumorerkrankungen, Magen-Darmerkrankungen, Lebererkrankungen, Ernährungsmedizin, Infektiologie mit Infektionsstation, Diabetes mellitus, Herz- und Kreislauferkrankungen, Schrittmachertherapie, Lungenerkrankungen, Intensiv- und Notfallmedizin, Versorgung von Palliativpatienten, interdisziplinäre Schmerztherapie, Psychoonkologie und Studienzentrum.

Die Klinik ist eng eingebunden in die Notfallversorgung im Bereich Köln Ost. Hierfür stehen sowohl eine interdisziplinäre Notaufnahme, eine Intensivstation und eine IMC-Station zur Verfügung. Es besteht eine enge Kooperation mit den Medizinischen Kliniken des Standortes Merheim. Somit ist jederzeit eine optimale Diagnostik und Therapie nach aktuellen Leitlinien für alle internistischen Krankheitsbilder sichergestellt. Die Weiterbildung der Assistenzärzte wird ebenfalls standortübergreifend durchgeführt.

Ein Schwerpunkt besteht in der Diagnostik und Therapie von onkologischen und hämatologischen Krankheitsbildern sowohl im stationären Bereich als auch in der onkologischen Ambulanz. Durch die enge Verzahnung beider Bereiche kann der stationäre Aufenthalt deutlich verkürzt werden. Die Klinik ist Teil des Rheinischen Tumorzentrums. Alle Behandlungspfade werden in den jeweiligen Tumorkonferenzen besprochen. Die Versorgung wird durch einen psychoonkologischen Dienst und ein Palliativzimmer mit entsprechender Komplexbehandlung ergänzt.

Für die Basisversorgung von Patienten mit kardiologischen Krankheitsbildern stehen Oberärzte mit entsprechender Ausbildung zur Verfügung. Neben Echokardiographie, Stressechokardiographie, Duplexuntersuchungen der Arterien und Venen erfolgt ebenfalls die Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern und Kardioverter-Defibrillatoren (ICD).

Eine optimale Diagnostik und Therapie aller Erkrankungen der Verdauungsorgane bietet die Gastroenterologie Kliniken Köln allen Patientinnen und Patienten an den Standorten Holweide und Merheim. Es erwartet Sie ein hochqualifiziertes, motiviertes Team mit großer Erfahrung durch hohe Behandlungszahlen und hochmoderner Technik. Das gesamte Spektrum inklusive chronisch, entzündliche Darmerkrankungen und funktionelle Störungen des Verdauungstraktes werden kompetent vertreten. Mehr Informationen unter: <https://www.kliniken-koeln.de/Gastroenterologie>.

Der Ausbau des standortübergreifenden, viszeralmedizinischen Zentrums ist weit fortgeschritten. Weitere klinische Studien wurden etabliert. Viele neue, endoskopische Verfahren konnten in den letzten Monaten etabliert werden.

Unter anderem werden folgende Spezialuntersuchungen angeboten:

- ERCP mit Stenteinlage in die Bauchspeicheldrüse und in die Gallenwege
- Digitale Cholangioskopie
- RFA mittels BARRX bei Barrett-Metaplasie, GAVE und Strahlenproktitis
- Gastroskopie mit Plasmakoagulationstherapie und Stenteinlage, Varizen-therapie, Bougierung
- Einlage von Ernährungssonden (PEG/ PEXACT)
- Endoskopische Tumorabtragung (Mukosaresektion)/ Submukosaresektion,
- Endosonographie des Gastrointestinaltraktes mit EUS-Gesteuerter Punktion
- Kapselendoskopie Dünn- und Dickdarm
- Endoskopische Vollwandresektion
- Endoskopische Myotomie (POEM)

- Ballonenteroskopie
- Drahtlose pH-Messung in der Speiseröhre, HR-Manometrie
- Ösophagusmanometrie/Impedanzmessung
- Kontrastmittelverstärkte Sonographie

Eine komplette, einheitliche Erneuerung des endoskopischen Gerätepools für alle Standorte inklusive zentraler Aufbereitung der Endoskope wurde 2018 durchgeführt, sodass sich die Ausstattung auf dem neuesten Stand befindet. Das Angebot der Weiterbildung wird ständig erweitert (Spyglass, LAMS, RX, enterale Sondensysteme).

Folgende Spezialsprechstunden werden angeboten:

- Becken-Bauch-Zentrum
- Refluxzentrum
- Z-PEER (Höchstmögliche Sicherheit für Patienten mit erhöhtem, endoskopischen Risiko)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde siehe auch B-6.8
VI29	Behandlung von Blutvergiftung / Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI35	Endoskopie
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹
	teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹
	teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹
	auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹
	Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹
	(bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹
	(bestellbar)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Medizinische Klinik

Vollstationäre Fallzahl: 5.731
 Teilstationäre Fallzahl: 0

B-6.6 Diagnosen nach ICD

B-6.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	298
2	I50	Herzschwäche	243
3	K21	Krankheit der Speiseröhre durch Rückfluss von Magensaft	236
4	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD	189
5	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	180
6	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	174
7 – 1	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	172
7 – 2	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	172
9	K80	Gallensteinleiden	160
10	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	104
11	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	99
12	N17	Akutes Nierenversagen	98
13	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	96
14	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	95
15	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut - Divertikulose	82
16	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	78
17	D50	Blutarmut durch Eisenmangel	75
18	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	72
19	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2	70
20	C50	Brustkrebs	69
21	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	68
22	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	67
23	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	65
24	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	64
25	K25	Magengeschwür	60
26 – 1	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	59
26 – 2	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	59
28	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	58
29	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	56
30	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst - Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	54

B-6.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
D50.8	Sonstige Eisenmangelanämien	52
K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	49
K26	Zwölffingerdarmgeschwür	44
A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	43
C16	Magenkrebs	42
C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	40
C15	Speiseröhrenkrebs	39
C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms - Rektumkrebs	33
K83.1	Verschluss des Gallenganges	32
I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie	32
K92.2	Gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet	24
K83.0	Cholangitis	21
K86.1	Sonstige chronische Pankreatitis	21
K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa	20
C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	19
C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	18
K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	17
C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	16
E73	Milchzuckerunverträglichkeit	16
K86.2	Pankreaszyste	16
R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	< 4
C17	Dünndarmkrebs	< 4

B-6.7 Prozeduren nach OPS

B-6.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	3.065
2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	1.593
3	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	1.341
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	1.141
5	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	749
6	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	667
7	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	622
8	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	464
9	5-469	Sonstige Operation am Darm	381
10	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	374
11	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	360
12	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	275
13	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	261
14	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	236
15	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	225
16	1-63a	Untersuchung des Dünndarms durch Schlucken einer in eine Kapsel eingebrachten Kamera	188
17	1-316	Säuremessung in der Speiseröhre	176
18	1-313	Druckmessung der Speiseröhre - Ösophagusmanometrie	170
19 - 1	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	166
19 - 2	5-449	Sonstige Operation am Magen	166
21	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	154
22	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	147
23	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	133

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
24	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	128
25	9-200	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	126
26	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	125
27	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	115
28	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	108
29	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	104
30	1-653	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung	101

B-6.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-632.0	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	3.016
1-447	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Bauchspeicheldrüse mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle	89
8-018	Komplette parenterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	72
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	71
1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	50
1-632.1	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	49
1-643	Untersuchung der Gallengänge durch eine direkte Spiegelung - POCS	48
1-445	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberen Verdauungstrakt mit einer feinen Nadel unter Ultraschallkontrolle	37
1-636	Untersuchung des Dünndarmabschnitts unterhalb des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	37
5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	34
8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	25
5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	23
8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	16
1-641	Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	14

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

In unserer onkologischen Tagesklinik werden alle Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Onkologie und Hämatologie behandelt. Ein besonderer Schwerpunkt bilden bösartige Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und des Bauchraumes inkl. bösartiger, gynäkologischer und urologischer Erkrankungen. Durch eine enge Zusammenarbeit mit unserem stationären Bereich ist eine optimale Therapie in Abhängigkeit vom Zustand des Patienten jederzeit möglich.

Folgende Spezialsprechstunden werden angeboten:

- Becken-Bauch-Zentrum
- Refluxzentrum
- Onkologische Ambulanz
- Z-PEER (Höchst mögliche Sicherheit für Patienten mit erhöhtem, endoskopischen Risiko)
- Schrittmacherambulanz

Onkologische Ambulanz

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

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
Palliativmedizin
Transfusionsmedizin
Kontrolle nach Schrittmacher- und Defibrillatorenimplantationen
onkologische und hämatologische Therapie

Chefarztambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz
 Erläuterung: Behandlung privat- oder zusatzversicherter Patientinnen und Patienten

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Allergien
Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
Endoskopie
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Schrittmacherambulanz

Art der Ambulanz: Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	23
2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	11
3	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	6
4	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	4
5 – 1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	< 4
5 – 2	1-313	Druckmessung der Speiseröhre - Ösophagusmanometrie	< 4
5 – 3	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4
5 – 4	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	< 4
5 – 5	5-482	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Mastdarms (Rektum) mit Zugang über den After	< 4
5 – 6	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
5 – 7	5-489	Sonstige Operation am Mastdarm (Rektum)	< 4
5 – 8	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4

B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	32,43
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	32,43
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	26,68
– davon ambulante Versorgungsformen	5,75
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	11,35
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,35
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,34
– davon ambulante Versorgungsformen	2,01

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF07	Diabetologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	93,15	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	88,89	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,26	
– davon stationäre Versorgung	76,65	
– davon ambulante Versorgungsformen	16,5	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	1,83	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,5	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,32	
Altenpfleger/ –innen	2,93	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,93	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,41	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,52	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Krankenpflegehelfer/ -innen	4,07	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,35	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,72	
– davon stationäre Versorgung	3,35	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,72	
Pflegehelfer/ -innen	6,87	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,83	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,04	
– davon stationäre Versorgung	5,65	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,22	
Operationstechnische Assistenz	0,59	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,59	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,49	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,11	
Medizinische Fachangestellte	11,42	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,42	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	9,4	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,02	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

Zusätzlich werden RettungssanitäterInnen und StationssekretärInnen zur Unterstützung auf den Stationen eingesetzt.

B-7 Urologische Klinik**B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik**

Name: Urologische Klinik

Art: Hauptabteilung

Chefärzte

Name: Herr Priv. Doz. Dr. med. Joachim Leißner

Funktion /
Arbeits-
schwerpunkt: Chefarzt der Urologischen Klinik

Telefon: 0221 / 8907 - 2701

Telefax: 0221 / 8907 - 2706

E-Mail: LeissnerJ@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik**Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung**

- Operative und konservative Therapie aller bösartigen Erkrankungen des Urogenitaltraktes (Niere, Blase, Prostata, Hoden, Penis) einschließlich der erweiterten Radikalchirurgie
- Operative und konservative Therapie gutartiger Erkrankungen im Urogenitaltrakt (Prostatavergrößerung, Fehlbildungen)
- Operative und konservative Steintherapie einschl. der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
- Diagnostik und Therapie aller Formen der Inkontinenz
- Diagnostik und Therapie in der Andrologie (erektile Dysfunktion und Fertilitätsstörungen)

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- Radikalchirurgische Therapie des Blasenkarzinoms einschl. aller Formen der Harnableitung
- Nervenerhaltende Prostatektomie, retropubische und perineale Prostatektomie
- Organerhaltende Resektion von Nierentumoren
- Radikale Operationen des Hodenkrebses einschl. der nervenschonenden retroperitonealen Lymphknotendissektion
- Operative Therapie des Peniskarzinoms mit Entfernung der Leistenlymphknoten
- Rekonstruktive Chirurgie (Harnröhrenverengungen, Harnableitungen)

- Plastische rekonstruktive Eingriffe (angeborene Fehlbildungen, Penisverkrümmung)
- Endoskopische Eingriffe an Blase und Prostata (transurethrale Resektion von Harnblasentumoren und Prostatavergrößerungen, Laservaporisation der Prostatavergrößerung mit dem XPS-Greenlight-Laser, bis (180W))
- Minimalinvasive Steintherapie (z.B. semirigide und flexible Steinentfernung durch Harnleiter, perkutane Nierensteinentfernung mit miniaturisierten Instrumenten (MINI-PCNL) unter Verwendung aller gängigen Techniken der Steindesintegration wie Sonotrode, Laser und Lithoclast),
- Operative Therapie der weiblichen Inkontinenz (z.B. Tention free Vaginal Tape, Trans Obturator Tape, Sacropexie)
- Operative Therapie der männlichen Inkontinenz (z.B. Remeex-Band)

Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- enge Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) und der Deutschen Krebsgesellschaft
- Kooperation mit allen Kölner urologischen Kliniken sowie dem Netzwerk der niedergelassenen Urologen im Raum Köln (KCU) unter Federführung der Universität zu Köln
- Radiotherapie in Kooperation mit der Strahlenklinik des Hauses
- Ambulante und prästationäre Abklärung, Diagnostik und Therapie
- Urodynamische Messung bei allen Formen der Inkontinenz

Weitere Informationen zum Leistungsspektrum des Fachbereiches finden Sie auf unserer Homepage: http://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Urologie_Startseite.htm?ActiveID=354

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU08	Kinderurologie
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie
VU18	Schmerztherapie
VU19	Urodynamik / Urologische Funktionsdiagnostik
VG16	Urogynäkologie
VU00	Inkontinenzzentrum

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-7.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Urologische Klinik

Vollstationäre Fallzahl: 2.744

Teilstationäre Fallzahl: 0

Ein weiterer urologischer Arbeitsplatz wird am Standort Merheim vorgehalten.

B-7.6 Diagnosen nach ICD

B-7.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	663
2	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	445
3	C67	Harnblasenkrebs	262
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	183
5	C61	Prostatakrebs	159
6	N30	Entzündung der Harnblase	91
7 – 1	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	83
7 – 2	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	83
9	N35	Verengung der Harnröhre	51
10	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	46
11	N48	Sonstige Krankheit des Penis	43
12	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	41
13	N49	Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	37
14	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	35
15	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	34
16 – 1	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	30
16 – 2	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	30
18	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	26
19	N47	Vergrößerung der Vorhaut, Vorhautverengung bzw. Abschnürung der Eichel durch die Vorhaut	23
20	N36	Sonstige Krankheit der Harnröhre	21
21	N17	Akutes Nierenversagen	19
22 – 1	D09	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bestimmter Lokalisationen	18
22 – 2	R39	Sonstige Beschwerden, die Harnwege bzw. Harnblase betreffen	18
24 – 1	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	17
24 – 2	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	17
26	N21	Stein in der Blase bzw. der Harnröhre	16
27	N28	Sonstige Krankheit der Niere bzw. des Harnleiters	14
28	C62	Hodenkrebs	13
29 – 1	N44	Drehung der Hoden mit Unterbrechung der Blutversorgung	12
29 – 2	D29	Gutartiger Tumor der männlichen Geschlechtsorgane	12

B-7.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
N39.4	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	25
N39.3	Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz]	8
C65	Nierenbeckenkrebs	8
Q53	Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums	< 4
C60	Peniskrebs	< 4

B-7.7 Prozeduren nach OPS

B-7.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	1.347
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	649
3	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	583
4	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	455
5	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	266
6	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	260
7	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	231
8	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	219
9	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	173
10	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	145
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	144
12	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	126
13	1-464	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	123
14	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	99
15	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	96
16	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	84
17	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	78
18	8-980	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)	71
19	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	67
20	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	58

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	5-554	Operative Entfernung der Niere	46
22	5-579	Sonstige Operation an der Harnblase	41
23 – 1	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	40
23 – 2	5-576	Operative Entfernung der Harnblase - Zystektomie	40
25 – 1	5-565	Operative Verbindung des Harnleiters mit der Bauchwand durch Zwischenschalten eines Darmabschnitts, mit Verlust der Fähigkeit, Harn zurückzuhalten	39
25 – 2	5-469	Sonstige Operation am Darm	39
27	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	38
28 – 1	5-552	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Niere	35
28 – 2	5-641	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Penis	35
30	5-557	Wiederherstellende Operation an der Niere	34

B-7.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-985.x	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	235
1-464.0	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den männlichen Geschlechtsorganen durch den Mastdarm	123
5-570.4	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	63
5-585.1	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	47
1-460.2	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	43
5-585.0	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	37
5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	32
5-985.7	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	29
5-550.30	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	28
5-610	Operativer Einschnitt in den Hodensack bzw. die Hodenhülle	27
1-460.1	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	26
5-553	Operative Teilentfernung der Niere	25
5-570.0	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	24
8-110	Harnsteinzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	22
5-603.10	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata über einen Bauchschnitt	19
5-622.5	Operative Entfernung eines Hodens	17

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-563	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Harnleiters bzw. des gesamten Harnleiters	14
5-584.72	Wiederherstellende Operation an der Harnröhre	11
5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	10
5-687	Operative Entfernung sämtlicher Organe des weiblichen kleinen Beckens	10
5-575	Operative Teilentfernung der Harnblase	9
5-577	Operativer Ersatz der Harnblase	8
5-568	Wiederherstellende Operation am Harnleiter	7
5-072	Operative Entfernung der Nebenniere - Adrenalektomie	< 4
5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	< 4
5-550.20	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	< 4
5-590	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von hinter dem Bauchraum liegendem Gewebe (Retroperitoneum)	< 4

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Privatsprechstunde

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
Kinderurologie
Neuro-Urologie
Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
Minimalinvasive endoskopische Operationen
Tumorchirurgie
Spezialsprechstunde
Urodynamik / Urologische Funktionsdiagnostik
Urogynäkologie
Konsiliarische Beratung zur Abklärung einer Indikation zur Operation, unter Berücksichtigung der ambulant erhobenen mitgegebenen Befunde und ggfs. einschließlich sonographischer Untersuchung
Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wie a) Diagnostik und Therapie erektiler Impotenz
b) Dopplersonographie, Kavernosonographie
c) Durchführung von urodynamischen Untersuchungen (kombinierte Druck-/Flußmessungen)
d) Stanzbiopsie der Prostata
e) Nierenfistelkatheterwechsel

Angebotene Leistung
ambulante Nachbehandlung bis zu 3 Monate nach stationärem Aufenthalt
ambulante Nachbehandlung bei Patienten mit urologischen Tumoren, ausgenommen Chemotherapie, frühestens 14 Tage nach stationärem Aufenthalt
Begrenztes Leitungsspektrum auf Überweisung durch niedergelassenen Urologen

Urologische Ambulanz

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

Angebotene Leistung
Ambulante Operationen von Vorhautverengungen, auch bei Kindern
Sterilisation des Mannes
Krampfader des Hodens (Varikozele)

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	68
2	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	51
3	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	9
4 – 1	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	< 4
4 – 2	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	< 4
4 – 3	8-110	Harnsteinerzertrümmerung in Niere und Harnwegen durch von außen zugeführte Stoßwellen	< 4
4 – 4	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	< 4
4 – 5	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	< 4
4 – 6	5-633	Operative Entfernung des Nebenhodens	< 4
4 – 7	5-582	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	< 4
4 – 8	5-612	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodensackes	< 4
4 – 9	5-641	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Penis	< 4
4 – 10	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afteres	< 4
4 – 11	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
4 – 12	5-579	Sonstige Operation an der Harnblase	< 4
4 – 13	5-589	Sonstige Operation an der Harnröhre bzw. dem umgebenden Gewebe	< 4
4 – 14	5-892	Sonstige operative Einschnitte an Haut bzw. Unterhaut	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4 – 15	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	< 4

B-7.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	11,95
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,95
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,49
– davon ambulante Versorgungsformen	2,45
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	10,26
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,26
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	8,15
– davon ambulante Versorgungsformen	2,11

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF04	Andrologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie

B-7.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	30,11	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,87	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,24	
– davon stationäre Versorgung	23,92	
– davon ambulante Versorgungsformen	6,19	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	2,04	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,04	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,62	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,42	
Altenpfleger/ –innen	1,53	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,53	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,21	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,31	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Krankenpflegehelfer/ -innen	0,1	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,1	
– davon stationäre Versorgung	0,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,02	
Pflegehelfer/ -innen	0,88	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,87	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	0,7	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,18	
Operationstechnische Assistenz	3,27	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,13	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,13	
– davon stationäre Versorgung	2,59	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,67	
Medizinische Fachangestellte	1,36	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,08	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,28	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP04	Endoskopie / Funktionsdiagnostik
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP27	OP-Koordination
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

**B-7.11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für
Psychiatrie und Psychosomatik**

Ausfüllhinweis des G-BA beachten

B-8 Brustzentrum

B-8.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

Name: Brustzentrum
 Schlüssel: Frauenheilkunde (2425)
 Art: Hauptabteilung
 Telefon: 0221 / 8907 - 6700
 Telefax: 0221 / 8907 - 6714
 E-Mail: brustzentrum@kliniken-koeln.de

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Mathias R. Warm
 Funktion / Chefarzt
 Arbeits-
 schwerpunkt:
 Telefon: 0221 / 8907 - 6701
 Telefax: 0221 / 8907 - 6715
 E-Mail: WarmM@kliniken-koeln.de
 Straße: Neufelder Str. 32
 PLZ / Ort: 51067 Köln

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
 Ja

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

- Brustchirurgie und onkologische Betreuung (Diagnostik und Therapie)
- Verwendung der Wächterlymphknotentechnik bei Brustkrebs und einer Reihe von gynäkologischen Karzinomen zur Vermeidung radikaler Lymphonodektomien
- Brachytherapie
- Psychoonkologische Betreuung
- Rekonstruktive Maßnahmen: neben Prothetik, plastische Rekonstruktion aus Eigengewebe (z.B. DIEP, S-GAP, TMG-Lappen) in Zusammenarbeit mit plastischen Chirurgen
- Brustwarzenrekonstruktion operativ bzw. +/- Tätowierung
- plastische Rekonstruktionen bei angeboren Fehlbildungen, Transsexualität, Makromastie, Mikromastie
- Teilnahme an Studien
- Monatlich stattfindende Selbsthilfegruppe, regelmäßige Veranstaltungen für Niedergelassene und ärztliche Kollegen
- Oerationsworkshop
- genetische Beratung im Haus

- Onko-Kosmetikerin zur Behandlung

Weitere Informationen über den Fachbereich finden Sie unter https://www.kliniken-koeln.de/Holweide_Brustzentrum_Start.htm?ActiveID=6422

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
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
VG04	Kosmetische / Plastische Mammachirurgie
VG15	Spezialsprechstunde
VG00	Anlage von Brachytubes für Brachytherapie
VG00	Portentfernung
VG00	Psychoonkologische Betreuung
VG00	Studienteilnahme
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP14	Psychoonkologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR33	Strahlentherapie: Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR36	Strahlentherapie: Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR37	Strahlentherapie: Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Zertifiziertes Brustzentrum und Teil des Onkologischen Zentrums
	Brustzentrum

B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-8.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Brustzentrum

Vollstationäre Fallzahl: 1.594

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Das Brustzentrum hat eine Kapazität von 20 Betten am Wochenende eine Kapazität für eine Belegung von bis zu 27 Betten.

Im Jahr 2018 wurden 710 Patientinnen in unserer Klinik mit neu aufgetretenem Mammakarzinom bzw. DCIS behandelt, 696 Patienten davon wurden operiert. 249 Patienten der 710 Patientinnen wurden primär systemisch therapiert.

Insgesamt konnte die Gesamtzahl der betreuten Mammakarzinom Patientinnen zum Vorjahr deutlich gesteigert werden. Unser gesetztes Jahresziel von 600 Primäreingriffen bei Mammakarzinom haben wir somit weit übertroffen.

B-8.6 Diagnosen nach ICD

B-8.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C50	Brustkrebs	1.001
2	D05	Örtlich begrenzter Tumor (Carcinoma in situ) der Brustdrüse	118
3	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdeile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	106
4	D24	Gutartiger Brustdrüsentumor	99
5	N60	Gutartige Zell- und Gewebeveränderungen der Brustdrüse	42

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
6	N62	Übermäßige Vergrößerung der Brustdrüse	41
7	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	30
8	Q83	Angeborene Fehlbildung der Brustdrüse	27
9	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	21
10	Z40	Vorbeugende Operationen zur Verhütung von Krankheiten	20
11	N64	Sonstige Krankheit der Brustdrüse	15
12	N61	Entzündung der Brustdrüse	14
13	L90	Hautkrankheit mit Gewebsschwund	11
14	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	8
15	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	6
16	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	4
17 – 1	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	< 4
17 – 2	L82	Alterswarzen	< 4
17 – 3	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
17 – 4	D76	Bestimmte Krankheiten mit Beteiligung von Zellen des Immunsystems	< 4
17 – 5	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	< 4
17 – 6	J86	Eiteransammlung im Brustkorb	< 4
17 – 7	O91	Entzündung der Brustdrüse aufgrund einer Schwangerschaft	< 4
17 – 8	L72	Flüssigkeitsgefüllter Hohlraum (Zyste) der Haut bzw. Unterhaut	< 4
17 – 9	B02	Gürtelrose - Herpes zoster	< 4
17 – 10	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	< 4
17 – 11	L91	Hautkrankheit mit überschießender Narbenbildung	< 4
17 – 12	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs - Morbus Hodgkin	< 4
17 – 13	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht - Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	< 4
17 – 14	Z80	Krebskrankheit in der Familienvorgeschichte	< 4

B-8.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

Neben den angegebenen Kompetenzdiagnosen auch noch:

- Therapie bei Gynäkomastie (männliche Brustdrüsenanlage)
- Brustoperationen bei Transsexualität

ICD	Bezeichnung	Anzahl
Z40.00	Prophylaktische Operation wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen: Prophylaktische Operation an der Brustdrüse [Mamma]	20
Q83.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Mamma	19
N64.1	Fettgewebsnekrose der Mamma	11
O91	Entzündung der Brustdrüse aufgrund einer Schwangerschaft	< 4

B-8.7 Prozeduren nach OPS

B-8.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	872
2	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	507
3	5-889	Sonstige Operation an der Brustdrüse	297
4	5-886	Sonstige wiederherstellende Operation an der Brustdrüse	210
5	5-877	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	173
6	5-872	Operative Entfernung der Brustdrüse ohne Entfernung von Achsellymphknoten	148
7 – 1	5-983	Erneute Operation	115
7 – 2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	115
9	5-884	Operative Brustverkleinerung	92
10	5-407	Entfernung sämtlicher Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	75
11	8-525	Sonstige Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes	71
12	5-911	Operation zur Straffung der Haut bzw. Unterhaut und Entfernung von Fettgewebe, außer im Gesicht	54
13	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	45
14 – 1	5-402	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region [als selbstständige Operation]	41
14 – 2	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	41
14 – 3	9-984	Pflegebedürftigkeit	41
17	5-881	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse	36
18	5-406	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region im Rahmen einer anderen Operation	35
19 – 1	5-882	Operation an der Brustwarze	34
19 – 2	5-890	Tätowieren bzw. Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut	34
21	5-885	Wiederherstellende Operation an der Brustdrüse mit Haut- und Muskelverpflanzung (Transplantation)	33

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22 – 1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	27
22 – 2	5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	27
24	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit - Hochvoltstrahlentherapie	23
25	5-879	Sonstige operative Entfernung der Brustdrüse	20
26 – 1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	18
26 – 2	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	18
26 – 3	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	18
29 – 1	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	17
29 – 2	5-883	Operative Brustvergrößerung	17

B-8.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-890.1a	Tätowieren bzw. Einbringen von Fremdmaterial in Haut und Unterhaut	33

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Brustambulanz für onkologische Patienten

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

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
Kosmetische / Plastische Mammachirurgie
Spezialsprechstunde

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

Angebotene Leistung
Spezialsprechstunde
Sentinelbiopsie vor primärer Chemotherapie (Probeentnahme aus dem Lymphknoten vor medikamentöser Behandlung)
Portentfernung

Private Brustambulanz

Art der Ambulanz: Privatambulanz

Angeborene Leistung
Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
Kosmetische / Plastische Mammachirurgie
Spezialprechstunde

Ergänzend wird weiterhin ambulant durchgeführt:

- Fibroadenomexstirpation
- Portentfernung
- Narbenkorrekturen
- Tätowieren von Mamillen/Brustwarzenrekonstruktion
- Behandlung von Abszessen/Fistelbildung
- Wundmanagement

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	78
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	59
3	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	18
4	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	6
5	3-100	Röntgendarstellung der Brustdrüse	4
6 – 1	5-402	Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region [als selbstständige Operation]	< 4
6 – 2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
6 – 3	5-907	Erneute Operation einer Hautverpflanzung	< 4
6 – 4	3-827	Kernspintomographie (MRT) der Brustdrüse mit Kontrastmittel	< 4
6 – 5	5-882	Operation an der Brustwarze	< 4
6 – 6	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	< 4
6 – 7	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	< 4
6 – 8	5-881	Operativer Einschnitt in die Brustdrüse	< 4
6 – 9	5-889	Sonstige Operation an der Brustdrüse	< 4

B-8.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	9,94
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,94
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	5,87
– davon ambulante Versorgungsformen	4,07
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	8,39
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	8,39
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,95
– davon ambulante Versorgungsformen	3,43

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie

B-8.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	15,57	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,26	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,31	
– davon stationäre Versorgung	9,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	6,38	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	2,75	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,62	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,13	

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Krankenpflegehelfer/ -innen	0,27	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,26	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	0,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,11	
Pflegehelfer/ -innen	0,33	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,33	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,2	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,14	
Operationstechnische Assistenz	0,68	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,68	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,4	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,28	
Medizinische Fachangestellte	5,53	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,53	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,26	
– davon ambulante Versorgungsformen	2,26	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Pflegerische Fachexpertisen - anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/ zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP23	Breast Care Nurse
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP27	OP-Koordination
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP16	Wundmanagement

Zusätzlich werden RettungssanitäterInnen und StationssekretärInnen zur Unterstützung auf den Stationen eingesetzt.

B-9 Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

B-9.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

Name: Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

Chefärzte

Name: Herr Prof. Dr. med. Axel Goßmann

Funktion / Chefarzt der Radiologie

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 3248

Telefax: 0221 / 8907 - 2722

E-Mail: GossmannA@kliniken-koeln.de

Straße: Neufelder Straße 32

PLZ / Ort: 51067 Köln

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR06	Ultraschalluntersuchungen: Endosonographie
VR07	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR10	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), nativ
VR11	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR12	Computertomographie (CT): Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie
VR16	Darstellung des Gefäßsystems: Phlebographie
VR17	Darstellung des Gefäßsystems: Lymphographie
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie
VR19	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Single-Photon-Emissionscomputer-tomographie (SPECT)
VR21	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR38	Nuklearmedizinische Therapie: Therapie mit offenen Radionukliden
VR00	Mammographie, Vakuumbiopsie

Informationen zum MVZ der Strahlenklinik & Nuklearmedizin finden Sie unter:
http://www.kliniken-koeln.de/Merheim_Strahlentherapie_Startseite.htm?ActiveID=3560

Informationen zur Radiologie Holweide: http://www.kliniken-koeln.de/Radiologie_Startseite.htm?ActiveID=3540

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-9.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Abteilung für Radiologie & Nuklearmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Die Fallzahlen der behandelten Patienten sind in den bettenführenden Fachabteilungen abgebildet.

B-9.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die erbrachten Leistungen, sind in den einzelnen Fachabteilungen abgebildet.

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	1.592
2	3-034	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mittels Tissue Doppler Imaging [TDI] und Verformungsanalysen von Gewebe [Speckle Tracking]	1.319
3	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	1.129
4	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	1.128
5	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	1.121
6	3-100	Röntgendarstellung der Brustdrüse	611
7	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	443
8	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	407
9	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	385
10	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	365
11	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	246
12	3-827	Kernspintomographie (MRT) der Brustdrüse mit Kontrastmittel	227
13	3-053	Ultraschall des Magens mit Zugang über die Speiseröhre	203
14	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	194
15	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	192
16	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	170
17	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	164
18	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	155
19	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	150
20	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	123
21	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	120
22	3-201	Computertomographie (CT) des Halses ohne Kontrastmittel	107
23	3-843	Kernspintomographie (MRT) der Gallenwege und Ausführungswege der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel	101

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
24 – 1	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	99
24 – 2	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	99
26	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	92
27	3-206	Computertomographie (CT) des Beckens ohne Kontrastmittel	89
28	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus - TEE	87
29	3-13e	Röntgendarstellung der Harnblase und der Harnröhre während des Wasserlassens mit Kontrastmittel	84
30	3-13g	Röntgendarstellung der Harnröhre mit Kontrastmittel	78

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Radiologische Ambulanz

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

Angeborene Leistung
Stereotaktische Vakuumbiopsie (sichere feingewebliche Abklärung von nicht tastbaren Veränderungen in der Mammographie, von denen man nicht weiß, ob sie gut- oder bösartig sind).
Gesamtes radiologisches und nuklearmedizinisches Spektrum im privatärztlichen Bereich

Die Stereotaktische Vakuumbiopsie wird mit örtlicher Betäubung ambulant durchgeführt. Die Untersuchung ist nicht schmerzhaft und dauert etwa 1 Stunde.

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Bei ambulant durchgeführten Operationen wird durch die Anästhesie selbstverständlich eine adäquate Narkoseform angeboten und durchgeführt.

B-9.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	3
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,54
– davon ambulante Versorgungsformen	1,46
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	2
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,03
– davon ambulante Versorgungsformen	0,97
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

B-9.11.2 Pflegepersonal

In der Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin wird kein pflegerisches Personal eingesetzt.

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	0	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Medizinische Fachangestellte	2,36	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,21	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,15	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-10 Institut für Transfusionsmedizin

B-10.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Name: Institut für Transfusionsmedizin

Chefärzte

Name: Dr. Ursula Bauerfeind

Funktion / Chefärztin des Instituts für Transfusionsmedizin

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 3742

Telefax: 0221 / 8907 - 8464

E-Mail: BauerfeindU@kliniken-koeln.de

Straße: Ostmerheimer Straße 200

PLZ / Ort: 51109 Köln

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Institut für Transfusionsmedizin

Im Institut für Transfusionsmedizin arbeiten 18 MTA's, 4 Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, 6 ArzthelferInnen, 3 Verwaltungsangestellte, 2 Spenderärzte, 3 Biologen, 1 Oberarzt, 2 Assistentenärzte und verantwortlich ist ein Chefarzt.

Das Institut ist seit 2011 nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert.

Das Transplantlabor Köln Merheim ist eines der 29 Referenzlabore von Eurotransplant und bei der European Federation of Immunogenetics (EFI) anerkannt.

Folgend finden Sie eine Übersicht unseres Leistungsspektrums. Weitere Informationen zum Institut für Transfusionsmedizin im Internet unter diesem Link: http://www.kliniken-koeln.de/Institut_fuer_Transfusionsmedizin_Startseite.htm?ActiveID=1431

Immunhämatologisches Speziallabor

In der Transfusionsmedizinischen Ambulanz versorgen wir Patienten, die über einen längeren Zeitraum Blutkomponenten benötigen, mit entsprechenden Präparaten.

So erhalten zum Beispiel Säuglinge oder Patientinnen und Patienten, die ein sehr geschwächtes Immunsystem haben, bestrahlte Blutkonserven. Durch die Bestrahlung der Konserven wird verhindert, dass sich die Leukozyten weiter vermehren können. So ist die Gefahr gebannt, dass die Konserve eventuell vom Empfänger abgestoßen wird.

Die Verträglichkeit von Blutpräparaten wird in unserem immunhämatologischen Speziallabor, das gleichzeitig Referenzlabor ist, abgeklärt.

Labor für Immungenetik und Transplantation

Im Transplantlabor erfolgt die transplantationsimmunologische Vorbereitung von Patienten, die zu Nieren-, Leber- und Herztransplantationen anstehen.

Das Transplantlabor Köln-Merheim ist eines der 29 Referenzlabore von Eurotransplant und ist bei der European Federation of Immunogenetics (EFI) akkreditiert.

Wir betreuen die Transplantationszentren Düsseldorf, Bonn, Köln-Lindenthal und Köln-Merheim.

Blutspendedienst

Im Blutspendedienst werden Blutspenden von ehrenamtlichen Spenderinnen und Spendern entnommen.

Zudem besteht die Möglichkeit der Eigenblutspende im Zusammenhang mit einer geplanten Operation.

Diese Blutkomponenten werden hergestellt:

- Bestrahlte Blutkomponenten
- Erythrozytenkonzentrat (EK) SAG-M LD (KM)
- Erythrozytenkonzentrat (EK) SAG-M LD (KM) autolog
- Erythrozytenkonzentrat (EK) SAG-M LD (KM) Satellit
- Erythrozytenkonzentrat (EK) SAG-M LD (KM) gewaschen
- Erythrozytenkonzentrat (EK) SAG-M LD (KM)
- Plasma- und Stabilisator reduziert, mit kompatiblen Plasma aufgefüllt
- Thrombozytenapharesekonzentrat (TKZ) LD (KM)
- Gefrorenes Frischplasma (GFP) LD (KM)
- Gefrorenes Frischplasma (GFP) LD (KM) autolog

Qualitätsmanagement

Das Institut für Transfusionsmedizin der Kliniken der Stadt Köln ist seit 2011 nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert.

Das Transplantlabor Köln-Merheim ist eines der 29 Referenzlabore von Eurotransplant und bei der European Federation of Immunogenetics (EFI) anerkannt.

Zur Hämostaseologie gehört die Bestimmung von:

- Anti-Xa-Aktivität
- Antithrombin III
- APC-Resistenz
- APTT
- Blutungsabklärung
- D-Dimere
- Faktor II
- Faktor V
- Faktor V-Leiden Mutation
- Faktor VII
- Faktor VIII
- Faktor IX

- Faktor X
- Faktor XI
- Faktor XII
- Faktor XIII
- Fibrinogen
- Fibrinogen nach Clauss
- Globalteste
- HIT Schnelltest
- HIT ELISA (Uniklinik Bonn)
- Lupus Antikoagulanzen
- Plasminogen
- Protein C
- Protein S
- Prothrombin-Mutation
- Quick
- Thrombinzeit
- Thrombophilie-Abklärung
- Thrombozytenaggregation
- Thrombozytenzählung
- v. Willebrandtfaktor - Antigen
- v. Willebrandtfaktor - Aktivität

Folgende immunhämatologische Untersuchungen können durchgeführt werden:

- Antikörper-Autoabsorption
- Antikörperdifferenzierung (Coombs-)Milieu
- Antikörperdifferenzierung (NaCl- und Enzym-)Milieu
- Antikörper-Elution
- Antikörper-Elution nach Lui-Eicher
- Antikörpersuchtest (Coombs-)Milieu
- Antikörpersuchtest (NaCl- und Enzym-)Milieu
- Antikörper-Titration
- Biphasische Kältehämolysine
- Bestimmung spezieller Blutgruppenantigene
- Blutgruppe und Rh-Formel
- Direkter Coombstest monospezifisch
- Direkter Coombstest polyspezifisch
- Kälteagglutinine
- Wärmeautoantikörper
- Nachweis von erythrozytären Membranmolekülen (PNH-Test)
- Serologische Verträglichkeitsprobe

- Transfusionszwischenfall

Transplantationsimmunologie / Gewebetypisierungslabor (HLA-Labor):

Hierzu gehören u. a. die serologischen und molekularbiologischen Untersuchungen der Gewebeantigene (HLA) von Organspender und -empfänger. Weiterhin werden HLA-Typisierungen durchgeführt unter dem Aspekt der Krankheitsassoziationen von bestimmten HLA-Merkmalen (z.B. HLA-B27 bei Morbus Bechterew).

- Crossmatch Autolog
- Crossmatch Lebend
- Crossmatch Postmortal
- Crossmatch Retrospektiv
- HLA-Einzelantigen Bestimmung
- HLA-Typisierung (SSP)
- HLA-Typisierung (rSSO)
- LCT Mikrolymphozytotoxizitätstest
- Nachweis von HLA-Antikörpern (ELISA)
- Nachweis von HLA-Antikörpern (Luminex)
- Neuaufnahme vor TX
- Transplantationsnachsorge
- Transfusionszwischenfall

B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹
	Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹
	(bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹
	(bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹
	vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-10.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0
 Erläuterungen: Die Fallzahlen der behandelten Patienten sind in den bettenführenden Fachabteilungen abgebildet.

B-10.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es existiert die Möglichkeit, vor einer geplanten Operation unter bestimmten Umständen eine Eigenblutspende ambulant durchzuführen, um für die Operation das eigene Blut als Spenderblut zur Verfügung zu haben.

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-10.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,29
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,29
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,88
– davon ambulante Versorgungsformen	1,41
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	2,79
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,79
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	1,87
– davon ambulante Versorgungsformen	0,92
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ59	Transfusionsmedizin
AQ64	Zahnmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
	QB Hämotherapie, Strahlenschutz
ZF11	Hämostaseologie

B-10.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	3	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,01	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,99	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	0,5	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,5	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,34	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,16	
Pflegehelfer/ -innen	0,21	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,14	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,07	
Medizinische Fachangestellte	4,64	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,64	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,12	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,53	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-11 Institut für Hygiene

B-11.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene

Name: Institut für Hygiene

Chefärzte

Name: Frau Prof. Dr. Frauke Mattner
 Funktion / Chefärztin des Instituts für Hygiene
 Arbeits-
 schwerpunkt:
 Telefon: 0221 / 8907 - 8313
 Telefax: 0221 / 8907 - 8314
 E-Mail: MattnerF@kliniken-koeln.de
 Straße: Ostmerheimer Straße 200
 PLZ / Ort: 51109 Köln

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:
 Ja

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Institut für Hygiene

Informationen zum Leistungsspektrum des Instituts für Hygiene finden Sie im Internet auf unserer Homepage:

http://www.kliniken-koeln.de/Institut_fuer_Hygiene_Startseite.htm?ActiveID=1633

B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹ Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹ (bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹ (bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹ in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹ vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹ und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office_Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-11.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Hygiene

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Die Fallzahlen der behandelten Patienten sind in den bettenführenden Fachabteilungen abgebildet.

B-11.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	176

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-11.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	4,13
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,13
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,13
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	3,84
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,84
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	3,84
– davon ambulante Versorgungsformen	0
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin
	volle WB-Befugnis
AQ38	Laboratoriumsmedizin
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

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

B-11.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	3,11	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,11	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	
Pflegehelfer/ –innen	0,16	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,16	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,16	
– davon ambulante Versorgungsformen	0	

¹ Bei Beleghebammen/ Belegentbindungspflegern ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

B-12 Institut für Pathologie

B-12.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Pathologie

Name: Institut für Pathologie

Chefärzte

Name: Herr Prof. Dr. Michael Brockmann

Funktion / Chefarzt des Instituts für Pathologie

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 3280

Telefax: 0221 / 8907 - 3542

E-Mail: BrockmannM@kliniken-koeln.de

Straße: Ostmerheimer Straße 200

PLZ / Ort: 51109 Köln

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Pathologie

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG nach § 135c SGB V:

Ja

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Pathologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Pathologie

Unsere Leistungen des Instituts für Pathologie

- Histologische Diagnostik
- Intraoperative Diagnostik (sog. Schnellschnitt)
- Immunhistochemie
- Zytologische Diagnostik
- Molekularpathologie
- Durchflusszytometrie
- Autopsie

Weitere Informationen des Instituts für Pathologie finden Sie auf unserer Homepage:
http://www.kliniken-koeln.de/Institut_fuer_Pathologie_Startseite.htm?ActiveID=1632

Generell hat jede Patientin und jeder Patient einen Anspruch darauf, dass alle bei ihm entnommenen Proben der pathologisch-anatomischen Diagnostik zugeführt werden. Auch bei einem scheinbar banalen Eingriff, wie zum Beispiel der Entfernung der Appendix ("Blinddarm") oder einer Hautwarze, können in einigen Fällen nämlich am entnommenen Gewebe unter dem Mikroskop bisher nicht bekannte, mit bloßem Auge nicht erkennbare krankhafte Veränderungen gefunden werden. Erst der Pathologe kann nach gründlicher Aufarbeitung die endgültige Diagnose stellen.

Bei der Diagnostik kommen in der Pathologie in Abhängigkeit von der Art der

entnommenen Probe und der Dringlichkeit der Diagnosestellung unterschiedliche Methoden zum Einsatz:

Histologische Diagnostik

Allgemein versteht man unter der histologischen Diagnostik bzw. der "Histologie" die Aufarbeitung von Gewebestücken, die zum Beispiel im Rahmen einer Operation (z.B. Entfernung einer Hautwarze, der Gebärmutter oder eines ganzen Darmteils) oder einer endoskopischen Untersuchung (z.B. Magenspiegelung) gewonnen wurden. Die Proben werden sofort nach der Entnahme in Fixierungsflüssigkeit (4%ige Formalin-Lösung) gelegt, um sie optimal zu erhalten und eine Zerstörung von innen heraus (Autolyse) oder von außen durch Bakterien (Fäulnis) zu verhindern. Der Versand der Probe an ein Institut für Pathologie erfolgt zusammen mit einem Untersuchungsauftrag, in dem der behandelnde Arzt die wichtigsten Angaben zum Patienten und die zur Diskussion stehenden Erkrankungen zusammengestellt hat.

Nach Eintreffen im Institut für Pathologie werden das Untersuchungsgut und der zugehörige Auftrag unter der gleichen Untersuchungsnummer erfasst und diese dann im EDV-System dem Patienten eindeutig zugeordnet, sodass eine Verwechslung ausgeschlossen ist. Nach der Erfassung im EDV-System stehen zu der jetzigen Probe auch alle vorher in dem Institut durchgeführten Untersuchungen bzw. Diagnosen zur Verfügung.

Bevor an den eingesandten Gewebeproben eine mikroskopische Beurteilung möglich ist, sind viele Arbeitsschritte notwendig. Zunächst wird das Untersuchungsgut mit bloßem Auge durch einen Arzt begutachtet (= Makroskopie), beschrieben und vermessen. Bei größeren Proben werden dann von dem untersuchenden Arzt so viele Abschnitte entnommen, wie für die Diagnostik notwendig sind. Das Gewebe wird anschließend mittels eines chemischen Prozesses über viele Stunden in der Nacht entwässert, damit es in Wachs eingebettet werden kann. Danach können die medizinisch-technischen Assistentinnen das so aufgearbeitete Untersuchungsgut in 3µm dünne Scheiben schneiden (das entspricht 1/30 der Dicke eines normalen Papierblattes). Dann werden diese verschiedenen Färbungen zugeführt, nach dem Versiegeln kann dann von den Ärzten unter dem Mikroskop die Diagnose gestellt werden. Alles muss sorgfältig dokumentiert werden. Nach dem Schreiben durch die Sekretärinnen verlässt der fertige Befund gewöhnlich 24 Stunden nach dem Eintreffen der Gewebeprobe das Institut für Pathologie.

Intraoperative Diagnostik (sog. Schnellschnitt)

Ergänzt wird die konventionelle histologische Diagnostik durch die intraoperative Schnellschnittdiagnostik. Diese wird dann notwendig, wenn der durch den Pathologen erhobene Befund entscheidend für das weitere operative Vorgehen ist. In diesen Fällen ermöglicht die sogenannte Gefrierschnitt-Technik, dass wenige Minuten nach dem Eintreffen der Gewebeproben im Institut für Pathologie dem Operateur die Diagnose telefonisch in den Operationssaal übermittelt werden kann. Während der Patient in der Narkose schläft, stellt der Pathologe fest, ob die Veränderung in der entnommenen Gewebeprobe gut- oder bösartig ist und ob die Veränderung im Gesunden entfernt worden ist. Der vom Pathologen erhobene Befund entscheidet darüber, ob die Operation beendet werden kann oder erweitert werden muss. Der Pathologe ist damit ein zwar unsichtbares, aber unverzichtbares Mitglied des Operationsteams.

Immunhistochemie

Diese Zusatzuntersuchung gestattet, mittels immunologischer Reaktionen lichtmikroskopisch sonst nicht sichtbare Zellbestandteile nachzuweisen. Damit ist es z. B. möglich, die Herkunft von Zellen zu ermitteln. Dieses ist in den Fällen notwendig, in denen ein Tumor so bösartig ist, dass er dem Muttergewebe nicht mehr ähnelt und die Feststellung der Herkunft des Tumors folglich mittels der konventionellen histologischen Technik nicht möglich ist.

Bei einzelnen bösartigen Tumoren kann mittels der Immunhistochemie überprüft werden, ob eine geplante Therapie überhaupt erfolgversprechend ist. So wird vor einer anti-

hormonellen Therapie des Brustdrüsenkrebses der Frau (sog. Mammakarzinom) untersucht, ob die Tumorzellen überhaupt Hormonrezeptoren tragen. Das Ergebnis immunhistochemischer Untersuchungen erlaubt zudem eine Aussage über den Anteil der sich teilenden Zellen eines bösartigen Tumors (Proliferationsindex) und damit zu der Wachstumsgeschwindigkeit des Tumors, wenn er nicht behandelt würde. Damit werden durch die Untersuchungen in der Pathologie entscheidende Weichen für die weitere Therapie gestellt.

Zytologische Diagnostik

Während bei der histologischen Diagnostik zusammenhängende Gewebe untersucht werden, erfolgt die zytologische Diagnostik (Zytologie) an einzelnen Zellen bzw. Zellgruppen, die in Körperflüssigkeiten oder in Feinnadelpunktaten enthalten sind oder die von Körperoberflächen abgestrichen worden sind (Exfoliativ-zytologie). Zwar fehlt im Untersuchungsgut der zytologischen Diagnostik der gewebliche Zusammenhang, dennoch sind dem geübten Pathologen auch an diesen Proben weitgehende, therapieentscheidende Aussagen möglich. Beim Vergleich zur histologischen Diagnostik liegt der Vorteil der zytologischen Diagnostik in der weitgehenden Gewebeschonung. Deshalb können auch größere Abschnitte eines Organs bzw. größere Oberflächen untersucht werden. Zytologische Untersuchungen finden daher bevorzugt bei Screening-Untersuchungen Verwendung, z.B. beim gynäkologischen "Abstrich".

Durchflusszytometrie

Während bei der statischen DNA-Zytometrie nur eine beschränkte Zahl von Zellen untersucht werden können, gestattet die Durchflusszytometrie die Untersuchung großer Zellzahlen. Dieses geschieht dadurch, dass die Zellen in einer Flüssigkeit durch einen ganz feinen Schlauch fließen (daher der Name "Durchfluss-Zytometrie") und dabei von einem Laserstrahl untersucht werden. Vor der Untersuchung können bei den zu untersuchenden Zellen lichtmikroskopisch nicht sichtbare Bestandteile wie bei der Immunhistochemie mittels einer immunologischen Reaktion markiert werden. Das Durchflusszytometer gestattet dann, den Anteil der Zellen zu ermitteln, welche die fragliche Eigenschaft besitzen.

Genutzt wird dieses z.B. in der Lungenheilkunde. Die bei einer Bronchoskopie ausgewaschenen Zellen werden so hinsichtlich ihrer Eigenschaften untersucht. Damit sind Aussagen über die Ursachen von Lungengerüsterkrankungen möglich und ein sonst unter Umständen notwendiger operativer Eingriff kann vielfach vermieden werden.

Autopsie

Die Öffnung eines Leichnams (Autopsie, Obduktion, Sektion) ist eine wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der klinischen Medizin. Die dabei erhobenen Befunde vertiefen das ärztliche Wissen und erweitern die Erfahrung. Entsprechend hat der 95. Deutsche Ärztetag, 1992, Köln, die Obduktion und Demonstration von 30% der Todesfälle einer Klinik als interne Qualitätssicherungsmaßnahmen von Krankenhäusern gefordert. Nur Krankenhäuser, die diese Qualitätssicherungsmaßnahme nachweisen, sollten zur Weiterbildung z.B. zum Chirurgen, Internisten, etc. ermächtigt werden. Die Richtigkeit dieser Forderung hat in den letzten Jahren trotz Hochleistungsmedizin in verschiedenen wissenschaftlichen Studien ihre Bestätigung erfahren.

Die klinische Sektion ist die letzte ärztliche Handlung im Rahmen der medizinischen Behandlung der Patientinnen und Patienten. Sich nach dem Tode obduzieren zu lassen, ist der letzte Dienst, den ein Verstorbener seinen Mitpatienten erweisen kann. Anlässlich der Obduktion schaut sich der Pathologe - vergleichbar dem Chirurgen bei der Operation - die inneren Organe an und entnimmt gegebenenfalls Gewebeproben. Nach der Obduktion verbleibt lediglich eine unauffällige Wunde ähnlich der Operationswunde. Keinesfalls sind Verstorbene nach der Obduktion entstellt.

Die Durchführung einer Obduktion kann schließlich aber auch für die nächsten Angehörigen von großer Wichtigkeit sein. Wird z.B. eine bis dahin nicht diagnostizierte Infektionskrankheit aufgedeckt, kann die Umgebung rechtzeitig vor Ausbruch dieser Erkrankung therapiert werden. Die Autopsie schafft Klarheit und Sicherheit und befreit

die Angehörigen nicht selten von Zweifeln und (Selbst-)Vorwürfen. Darüber hinaus kann eine durchgeführte Obduktion auch bei der Sicherung der Versorgungsansprüche der Hinterbliebenen von Wichtigkeit sein.

Molekularpathologie

Im April 2010 hat die Abteilung für Molekularpathologie ihre Arbeit aufgenommen und ergänzt seitdem das Spektrum der pathologischen Diagnostik. Es wurden zwei moderne Laborbereiche eingerichtet, von denen einer als gentechnisches Labor der Sicherheitsstufe 2 zugelassen ist. Die Labore sind mit neuester Apparate-Technik ausgestattet, die durch drittmittelgeforderte Geräte ergänzt werden.

Das technische Portfolio wird ständig erweitert, um den Anforderungen an die moderne Diagnostik und personalisierte Medizin best- und schnellstmöglich nachzukommen. Zu den Kernkompetenzen des Labors gehören das „Next-Generation-Sequencing“, komplexe Nukleinsäureanalytik sowie die rasche Etablierung und Implementierung neuer, moderner molekularbiologischer Verfahren. Da sich die Molekularbiologie so schnell wie kaum ein anderer Zweig der Biowissenschaften entwickelt, forschen die Mitglieder der Abteilung auch an aktuellen medizinisch relevanten Fragestellungen und bilden sich regelmäßig auf nationaler und internationaler Ebene fort.

Das Leistungsspektrum des etablierten molekularpathologischen Labors umfasst bereits jetzt zahlreiche Testungen, die vor allem therapierelevant sind. Kernkompetenzen sind die Sequenzierung somatischer Mutationen sowie die Bestimmung des Methylierungsstatus, Nachweise relevanter bzw. neu entdeckter Erreger von Atemwegsinfektionen sowie FISH Analysen.

Ausser ELISA-Untersuchungen können alle Analysen an Formalin fixierten, paraffineingebetteten (FFPE) Gewebe und auch an Frischmaterialien (natives Gewebe, BAL, Pleuraerguss, Liquor etc.) durchgeführt werden. Erregernachweise werden nur nach pathologischer und/oder zytologischer Untersuchung und vorheriger Indikationsstellung durch einen Pathologen aus dem der Pathologie übersandten Material oder konsiliarisch durchgeführt

B-12.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Pathologie

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä. ¹ teilweise in den sanierten Bereichen
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ teilweise in den renovierten Bereichen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹ auf Anfrage
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anforderung
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung ¹
	Einsatz von Ehrenamtlichen für den Umgang mit Demenzbetreuung geschulten MitarbeiterInnen
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar) ¹
	(bestellbar)
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische ¹
	(bestellbar)
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße ¹
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim und dem bariatrischen Behandlungsteam
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten ¹
	vorhanden oder bestellbar
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Patientenlifter ¹
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	und spezielle Ernährungsberatung
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074#Dolmetscher
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF30	Mehrsprachige Internetseite ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm?ActiveID=5074
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden ¹

¹ Aspekt der Barrierefreiheit des Krankenhauses für alle Fachabteilungen

B-12.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Pathologie

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0
 Erläuterungen: Die Fallzahlen der behandelten Patienten sind in den bettenführenden Fachabteilungen abgebildet.

B-12.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-12.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

- ☐ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- ☐ stationäre BG-Zulassung

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	6,84
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,84
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,68
– davon ambulante Versorgungsformen	0,15
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	4,72
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,72
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	4,62
– davon ambulante Versorgungsformen	0,1
Belegärztinnen/ –ärzte (nach § 121 SGB V)	0

¹ Bei den Belegärztinnen/ –ärzten ist die Anzahl der Personen, sonst die Anzahl der Vollkräfte angegeben

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie

B-12.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dok.-Rate
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	18	100,00%
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	4	100,00%
Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	6	100,00%
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	239	100,00%
Geburtshilfe	1.693	100,00%
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	49	100,00%
Mammachirurgie	1.136	100,00%
Pflege: Dekubitusprophylaxe	134	100,00%
Hüftendoprothesenversorgung	45	100,00%
– Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	44	100,00%
– Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	< 4	
Neonatologie	301	100,00%
Ambulant erworbene Pneumonie	362	100,00%

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für das Krankenhaus

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 1 (S. 194)	98,69 % 98,6 - 98,78	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Austausch des Herzschrittmacher-Gehäuses (Aggregat): Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 2 (S. 194)	98,12 % 98,02 - 98,22	≥ 95,00 %	100 % ☺ 85,13 - 100	R10 ☺ 22 / 22 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH	1,08 %	≤ 3,00 %	entf. ☞	H99 ○
nein / Hinweis 3 (S. 195)	0,87 - 1,34		entf.	entf.
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH	0,97	≤ 5,03	0 ○	R10 ☞
nein / Hinweis 4 (S. 195)	0,84 - 1,11	(95. Perzentil)	0 - 32,1	0 / 6 (0,07)
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Infektion, die zu einer erneuten Operation führte				
Qualitätsindikator / QSKH	0,54 %	≤ 2,44 %	entf. ○	N01 ○
ja / Hinweis 3 (S. 195)	0,47 - 0,63	(95. Perzentil)	entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation				
Qualitätsindikator / QSKH	3,16 %	≤ 6,00 %	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 3 (S. 195)	2,98 - 3,35		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)				
Qualitätsindikator / QSKH	3,38 %	≤ 8,69 %	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 3 (S. 195)	3,2 - 3,58	(95. Perzentil)	entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 195)	0,5 % 0,35 - 0,71	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1,29 1,12 - 1,49	≤ 5,70 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 5 (S. 196)	98,55 % 98,46 - 98,64	≥ 90,00 %	100 % ➡ 82,41 - 100	R10 ➡ 18 / 18 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	89,25 % 89,04 - 89,45	≥ 60,00 %	100 % ➡ 85,13 - 100	R10 ○ 22 / 22 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 7 (S. 196)	96,85 % 96,72 - 96,98	-	100 % 82,41 - 100	- 18 / 18 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 8 (S. 197)	0,13 % 0,11 - 0,16	-	0 % 0 - 17,59	- 0 / 18 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 9 (S. 197)	1,57 % 1,48 - 1,66	≤ 10,00 %	0 % ☹ 0 - 17,59	R10 ☹ 0 / 18 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 195)	1,44 % 1,36 - 1,53	≤ 3,00 %	entf. ☹ entf.	A41 ☹ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH ja / Hinweis 10 (S. 198)	1,06 0,93 - 1,19	≤ 5,88 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 40,51	R10 ○ 0 / 24 (0,09)
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 10 (S. 198)	1,02 0,98 - 1,05	≤ 2,67 (95. Perzentil)	1,86 ○ 0,31 - 5,75	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1,1 1,04 - 1,17	≤ 4,02 (95. Perzentil)	4,9 ○ 0,87 - 22,72	H99 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 199)	95,74 % 95,66 - 95,81	≥ 90,00 %	100 % ☹ 95 - 100	R10 ☹ 73 / 73 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herz- rhythmusstörungen: Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	91,7 % 91,4 - 92	≥ 60,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herz- rhythmusstörungen: Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	96,52 % 96,28 - 96,75	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herz- rhythmusstörungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 13 (S. 200)	92,1 % 91,75 - 92,43	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herz- rhythmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 195)	0,82 % 0,71 - 0,94	≤ 3,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herz- rhythmusstörungen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	0,94 0,81 - 1,1	≤ 6,75 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herz- rhythmusstörungen: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 14 (S. 200)	96,27 % 96,13 - 96,4	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 15 (S. 201)	98,1 % 98,03 - 98,16	-	entf. entf.	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	97,13 % 97,05 - 97,2	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 201)	92,36 % 91,99 - 92,72	≥ 86,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 17 (S. 201)	2,35 % 2,28 - 2,42	≤ 7,50 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 17 (S. 201)	4,62 % 4,45 - 4,79	≤ 11,41 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 17 (S. 201)	1,51 % 1,46 - 1,57	≤ 5,72 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 18 (S. 202)	6,18 % 5,84 - 6,54	≤ 15,15 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 19 (S. 202)	0,21 % 0,19 - 0,23	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 24,25	R10 ➡ 0 / 12 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1 0,98 - 1,02	≤ 2,40 (95. Perzentil)	0,24 ○ 0,04 - 1,17	R10 ➡ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 20 (S. 203)	1,1 1,06 - 1,14	≤ 3,12 (95. Perzentil)	1 ○ 0,06 - 4,41	R10 ○ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	95,81 % 95,72 - 95,9	≥ 85,00 %	100 % ○ 91,97 - 100	R10 ➡ 44 /44 (entf.)
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	13,75 % 13,48 - 14,03	≤ 15,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 21 (S. 203)	92,92 % 92,79 - 93,04	-	entf. entf.	- entf.
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	97,82 % 97,75 - 97,9	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 16 (S. 201)	93,31 % 92,87 - 93,72	≥ 86,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	96,43 % 96,17 - 96,68	≥ 90,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 22 (S. 204)	99,79 % 99,76 - 99,81	≥ 98,54 % (5. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 195)	1,4 % 1,35 - 1,46	≤ 5,00 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 18 (S. 202)	3,24 % 2,95 - 3,55	≤ 10,37 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 195)	1,05 % 1 - 1,1	≤ 3,89 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 18 (S. 202)	4,59 % 4,25 - 4,96	≤ 13,33 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 17 (S. 201)	0,04 % 0,03 - 0,05	Sentinel- Event	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	0,89 0,83 - 0,95	≤ 3,79 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	97,55 % 97,18 - 97,87	≥ 95,00 %	100 % ○ 95,83 - 100	R10 ➡ 54 /54 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	0,32 % 0,23 - 0,46	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 10,43	R10 ➡ 0 / 33 (entf.)
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	97,17 % 96,96 - 97,37	≥ 90,00 %	100 % ○ 98,78 - 100	R10 ➡ 187 / 187 (entf.)
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischem Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 24 (S. 205)	1,05 1,02 - 1,08	≤ 2,32	0,2 ○ 0,05 - 0,56	R10 ➡ entf.
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 25 (S. 206)	1,06 0,95 - 1,18	≤ 6,00 (95. Perzentil)	0 ○ 0 - 2,27	R10 ➡ 0 / 240 (1,67)
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 26 (S. 207)	0,98 0,98 - 0,99	≤ 1,23 (90. Perzentil)	1,13 ○ 1,07 - 1,19	R10 ➡ 725 / 1.684 (640,30)
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 27 (S. 208)	1,07 1,01 - 1,12	-	0,34 0,06 - 1,92	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung ja / Hinweis 23 (S. 204)	99,17 % 99,14 - 99,21	≥ 90,00 %	99,73 % ○ 99,22 - 99,93	R10 ➡ 726 / 728 (entf.)
Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt: Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 28 (S. 208)	0,23 % 0,22 - 0,24	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 29 (S. 209)	1,14 % 1,05 - 1,25	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 5,75	R10 ○ 0 / 63 (entf.)
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 29 (S. 209)	88,28 % 87,96 - 88,59	≥ 74,04 % (5. Perzentil)	93,1 % ○ 83,57 - 97,29	R10 ➡ 54 / 58 (entf.)
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 29 (S. 209)	20,03 % 19,39 - 20,68	≤ 40,23 % (95. Perzentil)	20,69 % ○ 9,85 - 38,39	R10 ○ 6 / 29 (entf.)
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 30 (S. 209)	12,24 % 11,01 - 13,58	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 30 (S. 209)	11,97 % 11,05 - 12,96	-	entf. entf.	- entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	7,64 % 7,23 - 8,07	≤ 20,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	1,22 % 1,11 - 1,33	≤ 5,00 %	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 29 (S. 209)	2,47 % 2,38 - 2,56	≤ 4,94 % (90. Perzentil)	4,14 % ○ 1,91 - 8,73	R10 ➡ 6 / 145 (entf.)
Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 31 (S. 210)	1,1 1,03 - 1,17	≤ 4,18	0,67 ○ 0,07 - 2,76	R10 ➡ entf.
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 32 (S. 211)	95,1 % 95,01 - 95,18	≥ 90,00 %	92,33 % ➡ 88,92 - 94,75	R10 ➡ 301 / 326 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	98,49 % 98,45 - 98,54	≥ 95,00 %	96,98 % ➡ 94,67 - 98,3	R10 ➡ 353 / 364 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 30 (S. 209)	97,25 % 96,91 - 97,56	-	100 % 56,55 - 100	- 5 / 5 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 30 (S. 209)	98,54 % 98,49 - 98,58	-	96,94 % 94,6 - 98,28	- 348 / 359 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	96,49 % 96,42 - 96,55	≥ 95,00 %	96,66 % ➡ 94,25 - 98,08	R10 ➡ 347 / 359 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	93,87 % 93,74 - 93,99	≥ 90,00 %	96,92 % ➡ 93,45 - 98,58	R10 ➡ 189 / 195 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 196)	95,56 % 95,47 - 95,66	≥ 95,00 %	100 % ➡ 98,2 - 100	R10 ➡ 209 / 209 (entf.)
Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 1,58 (95. Perzentil)	1,04 ○ 0,79 - 1,36	R10 ➡ 44 / 364 (42,25)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 195)	1,27 % 1,18 - 1,36	≤ 4,50 % (95. Perzentil)	entf. ➡ entf.	R10 ➡ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 33 (S. 211)	0,98 0,96 - 1,01	≤ 2,17 (95. Perzentil)	0,44 ➡ 0,12 - 1,49	R10 ○ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	0,91 0,83 - 0,99	≤ 4,28 (95. Perzentil)	2,72 ○ 0,48 - 14,28	R10 ➡ entf.
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1,03 1,01 - 1,05	≤ 2,24 (95. Perzentil)	0,89 ○ 0,45 - 1,61	R10 ➡ 7 / 36 (7,84)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1,03 1 - 1,07	≤ 2,07 (90. Perzentil)	0,38 ○ 0,07 - 1,97	R10 ➡ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	95,34 % 95,16 - 95,52	≥ 85,00 %	100 % ○ 91,97 - 100	R10 ○ 44 / 44 (entf.)
Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden: Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	14,12 % 13,85 - 14,4	≤ 15,00 %	12,24 % ○ 5,73 - 24,24	R10 ➡ 6 / 49 (entf.)
Operative Behandlung von Brustkrebs: Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)				
Qualitätsindikator / QSKH - / Hinweis 34 (S. 211)	Strukturierter Dialog nicht abgeschlossen			
Operative Behandlung von Brustkrebs: Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 29 (S. 209)	96,44 % 96,23 - 96,63	≥ 90,00 %	98 % ○ 95,71 - 99,08	R10 ➡ 294 / 300 (entf.)
Operative Behandlung von Brustkrebs: Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 29 (S. 209)	97,46 % 97,34 - 97,57	≥ 90,00 %	96,27 % ○ 94,51 - 97,48	R10 ➡ 619 / 643 (entf.)
Operative Behandlung von Brustkrebs: Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	0,09 % 0,04 - 0,19	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 4,42	R10 ➡ 0 / 83 (entf.)
Operative Behandlung von Brustkrebs: Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	6,03 % 5,42 - 6,71	≤ 8,20 % (80. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ○ entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Operative Behandlung von Brustkrebs: Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	99,27 % 99,14 - 99,38	≥ 95,00 %	98,82 % ○ 96,69 - 99,71	R10 ➡ 168 / 170 (entf.)
Operative Behandlung von Brustkrebs: Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)				
Qualitätsindikator / QSKH, QS-Planung nein / Hinweis 23 (S. 204)	97,94 % 97,76 - 98,1	≥ 95,00 %	96 % ○ 93,37 - 97,76	R10 ➡ 216 / 225 (entf.)
Operative Behandlung von Brustkrebs: Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 35 (S. 212)	4,01 % 3,85 - 4,17	≤ 16,36 % (95. Perzentil)	1,34 % ○ 0,62 - 2,9	R10 ➡ 6 / 447 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Ein Hörtest wurde durchgeführt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 36 (S. 212)	97,86 % 97,77 - 97,95	≥ 95,00 %	95 % ○ 86,3 - 98,29	R10 ○ 57 / 60 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 37 (S. 213)	0,93 0,88 - 0,98	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0,48 ○ 0,19 - 1,19	R10 ○ 4 / 92 (8,25)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 38 (S. 214)	0,34 % 0,31 - 0,38	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 1,91	R10 ○ 0 / 197 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 39 (S. 214)	3,33 % 3 - 3,68	-	entf. entf.	- entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 39 (S. 214)	5,54 % 5,07 - 6,07	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 39 (S. 214)	3,44 % 3,03 - 3,91	-	0 % 0 - 39,03	- 0 / 6 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 40 (S. 215)	2,16 % 1,91 - 2,43	-	entf. entf.	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 39 (S. 214)	3,95 % 3,6 - 4,34	-	0 % 0 - 4,09	- 0 / 90 (entf.)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 41 (S. 215)	0,92 0,87 - 0,98	≤ 2,54 (95. Perzentil)	0,69 ○ 0,3 - 1,58	R10 ○ 5 / 202 (7,24)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 42 (S. 216)	0,97 0,9 - 1,05	≤ 2,52 (95. Perzentil)	0,68 ○ 0,23 - 1,9	R10 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 41 (S. 215)	0,95 0,92 - 0,98	≤ 2,04 (95. Perzentil)	0 ○ entf.	R10 ○ 0 / 199 (9,18)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)				
Qualitätsindikator / QSKH ja / Hinweis 41 (S. 215)	0,92 0,87 - 0,97	≤ 2,79 (95. Perzentil)	0,19 ○ 0,05 - 0,7	R10 ○ entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 43 (S. 217)	0,98 0,89 - 1,09	-	0,69 0,19 - 2,39	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 43 (S. 217)	0,92 0,81 - 1,05	-	0 entf.	- 0 / 6 (0,48)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 43 (S. 217)	0,95 0,87 - 1,04	-	1,61 0,3 - 3,83	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 44 (S. 218)	0,9 0,8 - 1,02	-	0,45 0,08 - 2,45	- entf.
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 43 (S. 217)	0,92 0,84 - 1,01	-	0 entf.	- 0 / 90 (3,50)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Wachstum des Kopfes				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 38 (S. 214)	10,05 % 9,58 - 10,53	≤ 21,74 % (95. Perzentil)	64,29 % ○ 38,76 - 83,66	H20 ○ 9 / 14 (entf.)

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand — Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 195)	0,01 % 0,01 - 0,01	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 0,02	R10 ➡ 0 / 17.157 (entf.)
Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 45 (S. 219)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 2,31 (95. Perzentil)	0,28 ○ 0,17 - 0,45	R10 ○ 16 / 17.157 (58)
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	99,51 % 99,12 - 99,72	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 199)	99,8 % 99,68 - 99,87	≥ 95,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH	98,51 %	≥ 95,00 %	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 12 (S. 199)	98,02 - 98,88		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH	98,96 %	≥ 95,00 %	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 12 (S. 199)	98,78 - 99,11		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind				
Transparenzkennzahl / QSKH	3,03 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 201)	2,7 - 3,4		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / QSKH	3,69 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 201)	2,98 - 4,55		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1,23 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 201)	1,05 - 1,44		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war				
Transparenzkennzahl / QSKH	2,74 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 201)	2,08 - 3,59		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1,71 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 201)	1,28 - 2,29		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1,95 %	-	entf.	-
nein / Hinweis 15 (S. 201)	1,03 - 3,67		entf.	entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt				
Qualitätsindikator / QSKH	6,6 %	Sentinel- Event	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 17 (S. 201)	3,9 - 10,96		entf.	entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1	-	entf.	-
nein / Hinweis 46 (S. 220)	0,87 - 1,15		entf.	entf.

Art des Werts / Bezug zum Verfahren Bezug Infektionen ¹ / Fachl. Hinweis IQTIG ²	Bund Ergebnis Vertrauens- bereich	Ref.- Bereich ³	KH Ergebnis ⁴ Vertrauens- bereich	Bewertung ⁵ Beob. / Ges. (Erw.) ⁶
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 46 (S. 220)	1 0,9 - 1,11	-	entf. entf.	- entf.
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1 0,92 - 1,08	≤ 2,99 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis): Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 4 (S. 195)	1 0,89 - 1,12	≤ 3,03 (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				

¹ Bezug zu Infektionen: Ergebnis mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus.

² Der fachliche Hinweis des IQTIG ist in der nachfolgenden Tabelle zu finden.

³ Ref.-Bereich: Bundesweiter Referenzbereich.

⁴ KH Ergebnis: Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses für das Berichtsjahr und Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.

➕ = verbessert; ➡ = unverändert; ➖ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁵ Bewertung: Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen und Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr.

N01 = Bewertung nicht vorgesehen: Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind;

R10 = Ergebnis liegt im Referenzbereich: Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich;

H99 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Sonstiges (im Kommentar erläutert);

A41 = Bewertung nach Strukturtem Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig: Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel;

H20 = Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit.

➕ = verbessert; ➡ = unverändert; ➖ = verschlechtert; ○ = eingeschränkt/nicht vergleichbar.

⁶ Beob.: Beobachtete Ereignisse. Ges.: Grundgesamtheit/Fallzahl. Erw.: Erwartete (berechnete) Ereignisse.
 Die Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn Beob. oder Ges. zwischen 1 und einschließlich 3 liegt.

Fachliche Hinweise des IQTIG

Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
Hinweis 1	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeine besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Hinweis 2	Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeine besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 3	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Hinweis 4	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 5	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Hinweis 6	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Hinweis 7	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 1. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 1. Wahl nicht in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 8	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 2. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 2. Wahl in der Mehrzahl der Fälle implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.
Hinweis 9	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantationen wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisations-therapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013). Systeme 3. Wahl werden als solche bezeichnet, da sie nur in Einzelfällen die korrekte Systemwahl darstellen. Werden Systeme 3. Wahl jedoch sehr häufig implantiert, kann dies auf Probleme bei der Auswahl des adäquaten Systems hinweisen. Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 10	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 11	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.
Hinweis 12	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 13	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.
Hinweis 14	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 15	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Hinweis 16	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Hinweis 17	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 18	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Hinweis 19	Aus den Bundesdaten konnten Risikofaktoren von Patienten ermittelt werden, die ihr Risiko, während des stationären Aufenthalts zu versterben, maßgeblich beeinflussen. Darauf konnten dann in einem zweiten Schritt die 10 % der Patientinnen und Patienten ermittelt werden, bei denen dieses Risiko besonders gering ist. Diese bilden die Grundgesamtheit für diesen Qualitätsindikator als die 10 % Patientinnen und Patienten mit „geringer Sterbewahrscheinlichkeit“. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 20	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Hinweis 21	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 22	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Dieser Qualitätsindikator stellt sowohl Ereignisse wie z. B. Komplikationen dar, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in einen Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.
Hinweis 23	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 24	In diesem Qualitätsindex werden wesentliche Ergebnisparameter kombiniert, um den Zustand des Kindes einzuschätzen. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 25	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung. Die Abweichung kann auch auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wurde. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 26	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 27	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen am QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren.
Hinweis 28	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 29	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Hinweis 30	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 31	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: https://www.iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren/. Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 32	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. In Lungenfachkliniken kann die ambulant begonnene antimikrobielle Therapie regelmäßig bei Aufnahme zur Erregerbestimmung abgesetzt werden. Dies kann zu rechnerischen Auffälligkeiten führen, muss jedoch nicht Ausdruck eines Qualitätsproblems sein.
Hinweis 33	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen.
Hinweis 34	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Für diesen Indikator wurde kein Referenzbereich definiert, sodass kein Strukturierter Dialog durchgeführt und somit keine Bewertung der Standorte vorgenommen wurde. Hintergrund ist, dass derzeit noch keine Kenntnisse eines validen Referenzbereichs im Zusammenhang mit den einfließenden Faktoren für Deutschland vorliegen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 35	Werden Operationen häufig innerhalb der ersten 7 Tage nach der Diagnose durchgeführt, könnte dies u. a. darauf hindeuten, dass die Möglichkeit der Selbstinformation, der Zweitmeinung, der ärztlichen Aufklärung und der Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in notwendige Entscheidungen zeitlich nicht voll ausgeschöpft werden konnte. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen im QS-Filter nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Hinweis 36	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 37	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen der 24. und 32. Schwangerschaftswoche (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008). Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde ein Qualitätsindex für Frühgeborene entwickelt, in dem verschiedene zentrale Indikatoren der Ergebnisqualität für Frühgeborene gemeinsam verrechnet werden. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet. [Anonym] (2008): Incorrect Data Analysis in: Association of Preterm Birth with Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth [Corrections; JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429]. JAMA – Journal of the American Medical Association 300(2): 170-171. DOI: 10.1001/jama.300.2.170-c. Dimick, JB; Welch, H; Birkmeyer, JD (2004): Surgical Mortality as an Indicator of Hospital Quality. The Problem With Small Sample Size. JAMA – Journal of the American Medical Association 292(7): 847-851. DOI: 10.1001/jama.292.7.847. Heller, G (2008): Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51(10): 1173-1182. DOI: 10.1007/s00103-008-0652-0. Swamy, GK; Østbye, T; Skjærven, R (2008): Association of Preterm Birth With Long-term Survival, Reproduction, and Next-Generation Preterm Birth. JAMA – Journal of the American Medical Association 299(12): 1429-1436. DOI: 10.1001/jama.299.12.1429.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 38	Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.
Hinweis 39	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 40	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Zu beachten ist, dass dieses rechnerische Ergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch die jeweilige Einrichtung beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere oder Begleiterkrankungen der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.
Hinweis 41	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 42	Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diesen Qualitätsindikator Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 43	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 44	Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“. Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/. Als „sehr kleine Frühgeborene“ werden für diese Transparenzkennzahl Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g oder eine Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen bezeichnet.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 45	diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Indikatorergebnis einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Qualitätsindikatorenentwicklung als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann auch z. B. auf eine fehlerhafte Dokumentation oder auf Einzelfälle zurückführbar sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Einrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen des QS-Filters nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

	Fachlicher Hinweis des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Hinweis 46	Dies ist eine Transparenzkennzahl. Transparenzkennzahlen erfüllen nicht die formalen Kriterien eines Qualitätsindikators, denn sie haben keinen Referenzbereich und lösen daher auch keinen Strukturierten Dialog aus. Die Ergebnisse sind eigenständig und nicht direkt mit einem Qualitätsindikator verbunden. Transparenzkennzahlen weisen jedoch auf wesentliche Qualitätsaspekte des Versorgungsgeschehens hin und erhöhen somit die Transparenz und den Informationsgehalt. Nähere Informationen zum Kennzahlenkonzept können dem folgenden Link entnommen werden: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf. Bei dieser Transparenzkennzahl handelt es sich um eine risikoadjustierte Transparenzkennzahl. Eine Risikoadjustierung gleicht die unterschiedliche Zusammensetzung der Patientenkollektive verschiedener Einrichtungen aus. Dies führt zu einem faireren Vergleich, da es patientenbezogene Risikofaktoren gibt (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Ergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Beispielsweise kann so das Ergebnis der Transparenzkennzahl einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Ergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Die Risikofaktoren werden aus Patienteneigenschaften zusammengestellt, die im Rahmen der Entwicklung der Transparenzkennzahlen als risikorelevant eingestuft wurden und die praktikabel dokumentiert werden können. Die Ergebnisse dieser Transparenzkennzahl sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel der Transparenzkennzahl nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der jeweiligen Transparenzkennzahl unter folgendem Link entnommen werden: https://iqtig.org/qs-verfahren/.

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

Über §§ 136a und 136b SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

Das Krankenhaus nimmt nicht an Disease-Management-Programmen teil.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

KTQ-Verbundzertifizierung seit 2004/2005	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	KTQ-Verbundzertifizierung seit 2004/2005
Ergebnis	siehe: https://www.ktq.de/Zertifizierte-Einrichtungen.46.0.html

Zertifikat "Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie" durch den TÜV Rheinland	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln operative Abteilungen: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat "Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie" durch den TÜV Rheinland
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, zertifiziert durch die Deutsche Kontinenz-Gesellschaft	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: Abteilungen im KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kontinenz- und Beckenboden-Zentrum, zertifiziert durch die Deutsche Kontinenz-Gesellschaft
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Silber-Zertifikat Aktion Saubere Hände	
Leistungsbereich	Gesamtes Krankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Silber-Zertifikat Aktion Saubere Hände
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifikat zur Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz durch MRE-Netz	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat zur Patientensicherheit durch Hygiene und Infektionsschutz durch MRE-Netz
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifiziert nach der LQW (Lernorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung)	
Leistungsbereich	AFW (Institut für Aus- Fort- und Weiterbildung)
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziert nach der LQW (Lernorientierte Qualitätstestierung in der Weiterbildung)
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifizierte Webseite zum Thema Patientenfreundlichkeit durch Imedon	
Leistungsbereich	Kliniken der Stadt Köln: KH Merheim, KH Holweide, Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifizierte Webseite zum Thema Patientenfreundlichkeit durch Imedon
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifiziert nach den Richtlinien der ÄK Nordrhein	
Leistungsbereich	Brustzentrum
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziert nach den Richtlinien der ÄK Nordrhein
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Kompetenzzentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, Zertifizierung nach den Richtlinien der DGAV (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie)	
Leistungsbereich	Chirurgische Klinik
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Kompetenzzentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, Zertifizierung nach den Richtlinien der DGAV (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie)
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Akkreditierung nach der DIN EN ISO 15189	
Leistungsbereich	Institut für Transfusionsmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Akkreditierung nach der DIN EN ISO 15189
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Akkreditierung erfüllt wird.

DIN EN ISO 17025 und 15189	
Leistungsbereich	Akkreditierung des Labors
Bezeichnung des Qualitätsindikators	DIN EN ISO 17025 und 15189
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Akkreditierung erfüllt wird.

Notifizierung als Trinkwasseruntersuchungsstelle durch das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen	
Leistungsbereich	Gesamtes Krankenhaus Holweide
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Notifizierung als Trinkwasseruntersuchungsstelle durch das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen
Ergebnis	Anforderungen erfüllt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmeregelung
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10	15	Keine Ausnahme
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	32	Keine Ausnahme
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	44	Keine Ausnahme

Das Städt. Krankenhaus Holweide und das Städt. Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße bilden gemeinsam ein Perinatalzentrum (PNZ).

Zur Behandlung von neugeborenen, kranken Säuglingen werden 4 Betten der Kinderheilkunde des Städt. Krankenhauses Amsterdamer Straße Köln Riehl am Städt. Krankenhaus Holweide vorgehalten.

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	ja

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

Leistungsbereich	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2018)	Leistungsmenge Quartal 3-4 & 1-2 ¹
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	15	14

Leistungsbereich	Erbrachte Menge (im Berichtsjahr 2018)	Leistungsmenge Quartal 3-4 & 1-2 ¹
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	32	34
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	44	52

¹ In den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge.

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr aufgrund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose):

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	ja

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	nein

Leistungsbereich	
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1

Perinatalzentrum

Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org.

Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt:

Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil:

Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen:

Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 01.01.2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die Personalausstattung in der Pflege (Pflegeschlüssel), die zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g notwendig sind, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V

		Anzahl ²
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht ¹ unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	101
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	75
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	75

¹ 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“ (siehe www.g-ba.de)

² Anzahl der Personen

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsziele werden zwischen den jeweiligen Chefärzten / Abteilungsleitungen und der Geschäftsleitung vereinbart. Im Rahmen von Strategietagungen, in Zielvereinbarungsgesprächen und Monatsgesprächen wird die Übereinstimmung der Ziele mit den Unternehmenszielen überprüft und weiterentwickelt. Die jeweilige Abteilungsleitung bespricht die Qualitätsziele mit den nachgeordneten MitarbeiterInnen. Gemeinsam werden Ziele konkretisiert und die notwendige Fort- und Weiterbildung oder andere Maßnahmen vereinbart. Übergreifende Qualitätsziele sind die Patientenzufriedenheit und -sicherheit sowie die Mitarbeiterzufriedenheit (Einzelheiten: siehe D-2).

Die Ziele sind ausgerichtet auf unser Leitbild und die übergeordneten Unternehmensziele: Qualität, wirtschaftliche Stabilisierung, Investitionsfähigkeit, Kooperation und Kommunikation.

Unser Leitsatz im Leitbild heißt "Der Mensch im Zentrum unseres Handelns". Wir haben 11 Bausteine mit u.a. folgenden Inhalten ausgearbeitet:

Ethisches Grundprinzip: Ein klinisches Ethik Komitee wurde bereits 2005 eingerichtet. In ethischen Konfliktsituationen kann Unterstützung in Form einer qualifizierten ethischen Fallbesprechung zeitnah angefordert werden.

Verbindliche Führungsgrundsätze: Alle Führungskräfte unterschreiben die Führungsgrundsätze. Zur Umsetzung der Führungsgrundsätze gehört das jährliche Führen der Zielvereinbarungs- und Fördergespräche mit den direkt nachgeordneten MitarbeiterInnen. Die Umsetzung der Führungsgrundsätze wurde über die Mitarbeiterbefragung evaluiert.

Patienten- und Kundenorientierung: Im Zentrum aller Aktivitäten stehen der Patient und dessen ganzheitliche Versorgung unter Achtung der Menschenwürde und der Persönlichkeitsrechte. Diagnostik, Therapie, Pflege und Begleitung orientieren sich am Patienten. Dieser wird verständlich und einfühlsam über seine Erkrankung informiert und rechtzeitig auf seine geplante Entlassung vorbereitet. Unser Umgang mit Patienten und allen weiteren externen und auch internen Kunden (z.B. Eltern, einweisende Ärzte, Angehörige, Mitarbeiter) ist dienstleistungsorientiert.

Unser Medizinisches Spektrum: Das medizinische Spektrum entspricht in allen Fachbereichen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Medizin, so dass alle Maßnahmen nach dem neuesten Wissensstand sorgfältig geplant und durchgeführt werden. Unsere Patienten werden auf hohem Niveau versorgt.

Mitarbeiterorientierung: Die Führungsgrundsätze sind verbindlich und gelten für das Miteinander aller Beschäftigten. Die Mitarbeiter/innen werden in die ihr Arbeitsfeld betreffende Veränderungsprozesse mit einbezogen. Außerdem werden die beruflichen Qualifikationen der Mitarbeiter/innen gefördert und motivationsfördernde Arbeitsbedingungen geschaffen.

Kooperation und Kommunikation: Wir sehen Kommunikation und Kooperation als wesentliche Pfeiler des Arbeitslebens. Daher kommunizieren wir offen und wertschätzend nach innen und außen, so dass Stimmungen, Sorgen und Ängste der Patienten und Mitarbeiter wahrgenommen werden und darauf in geeigneter Form reagiert werden kann.

Aus-, Fort- und Weiterbildung: Das innerbetriebliche Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) bietet qualifizierte Ausbildungen in der Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflege sowie in der Operationstechnischen Assistenz. Eine MTRA Schule wurde 2013 am Aus- Fort- und Weiterbildungsinstitut eröffnet. Weiterhin ermöglicht das AFW die professionelle Begleitung betrieblicher Veränderungsprozesse, die Unterstützung von Teams und Einzelpersonen in der Weiterentwicklung ihrer Potentiale sowie die Nachwuchsförderung von Führungskräften über speziell angebotene Programme. Das umfangreiche berufsübergreifende Fort- und Weiterbildungsprogramm ist an den

strategischen Unternehmenszielen orientiert und wird jährlich angepasst. Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung ist nach dem bildungsspezifischen Qualitätsmodell Lernorientierte Qualitätsentwicklung in der Weiterbildung (LQW) testiert.

Innovation: Ziel ist es, laufend einen möglichst hohen Innovationsgrad in allen Betriebsteilen und Mitarbeitergruppen zu erreichen und Marktpositionen auch innovativ auszubauen. Wir berücksichtigen bei Handlungen und Entscheidungen neue Erkenntnisse und hinterfragen die Effizienz bestehender Verfahren, Strukturen und Traditionen. Ziele, Strukturen, Abläufe, Behandlungspfade, Leitlinien und Standards sollen gemeinsam weiterentwickelt oder neu geschaffen werden. Die Möglichkeiten, die neue Methoden und Verfahren mitbringen, berücksichtigen wir angemessen.

Qualitätsmanagement: Alle Abteilungen haben konkrete Qualitätsziele, die an unserem Leitbild ausgerichtet sind. Diese werden regelmäßig bewertet und fortgeschrieben. Ausgehend von unseren Stärken und Schwächen gestalten wir einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, der zu effektiven und effizienten Arbeitsabläufen führt. Hierdurch wird die Sicherheit und die Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter erhöht und die Wirtschaftlichkeit gesichert.

Der Umwelt verpflichtet: Wir sind nicht nur der Gesundheit der Menschen verpflichtet, sondern auch dem Schutz der Umwelt. Der effiziente und umweltbewusste Einsatz aller Mittel (z.B. Wasser, Abwasser, Energie) und Materialien (z.B. medizinischer Sachbedarf) ist eine Verpflichtung für jeden Mitarbeiter.

Wirtschaftlichkeit: Ziel ist, die langfristige Existenzsicherung unserer Kliniken zur dauerhaften Erfüllung ihres erteilten Versorgungsauftrages durch eine höchstmögliche Qualität und Wirtschaftlichkeit in allen Betriebsstätten. Wir verstehen unter wirtschaftlichem Handeln, den Bedürfnissen der Patienten, Mitarbeiter und Kunden mit den uns zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln und einer möglichst hohen Qualität zu entsprechen.

Ausgehend von diesen langfristigen Zielen im Leitbild und den o.g. Unternehmenszielen vereinbaren die Cheförzte / Abteilungsleitungen mit der Geschäftsleitung die konkreten Jahresziele inkl. der Qualitätsziele für die einzelnen Abteilungen (siehe D-2). Um diese umzusetzen, vereinbaren die Vorgesetzten mit ihren Mitarbeiter/-innen im jährlichen Zielvereinbarungs-/Fördergespräch die für das jeweilige Jahr wichtigsten Ziele.

D-2 Qualitätsziele

Qualitätsziele 2019

Qualitätsziele sind zwischen den jeweiligen Abteilungsleitungen und der Geschäftsleitung vereinbart. Sie werden im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche überprüft und weiterentwickelt. Die jeweilige Abteilungsleitung bespricht die Qualitätsziele mit den nachgeordneten Mitarbeitern/innen. Gemeinsam werden Ziele, notwendige Fort- und Weiterbildung oder andere Maßnahmen vereinbart.

Gemeinsame Ziele der Fachabteilungen sind:

- Implementierung mindestens zwei neuer Behandlungspfade pro Jahr (solange es hierfür geeignete Krankheitsbilder gibt) sowie Aktualisierung der bestehenden Behandlungspfade alle 3 Jahre und bei Bedarf, z.B. sobald die Leitlinien der Fachgesellschaften ergänzt oder aktualisiert sind.
- Unterstützung der Umsetzung und Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagements (u. a. Risikoaudits, CIRS, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, OP-Sicherheitscheckliste / Team Time Out)
- Umsetzung der Aktionspläne
 - zur Patienten-, Einweiserbefragung und zur Mitarbeiterbefragung in 2020,
 - zum Berichtswesen der Qualitätsindikatoren,
 - zum Screening / Audit mit der Haftpflichtversicherung,
 - zu den durchgeführten Risikoaudits sowie
 - sowie zu den Audit-/Visitationsberichten der KTQ-Rezertifizierung und der Orgazentren.

Die Zielsetzung ist jeweils das Erreichen der Benchmarkwerte, der Referenzwerte und die Erfüllung der Anforderungen der Zertifizierungsverfahren.

Krankenhausübergreifende Bereiche/Einrichtungen der Kliniken Köln:

Pflegedienst

1. Neuaufstellung der oberen Führungsebene
2. Mitwirkung bei der Wiedererlangung einer vertrauensbasierten Unternehmenskultur
3. konsequente Umsetzung einer abgestimmten Einsatzplanung
4. Implementierung eines weiterführenden Personalausfallkonzepts; Erweiterung des Mitarbeiter-Pools
5. Neuorganisation der Stationsabläufe (Service & Logistik)
6. Jährliche Durchführung von strukturierten Mitarbeiter- und Zielvereinbarungsgesprächen durch den/die Vorgesetzten
7. Umsetzung und Evaluierung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege
8. Durchführung und (Re-) Evaluation von Stationsanalysen (jährliche stationsinterne Audits) in allen Pflege- und Funktionsbereichen u.a. zur Überprüfung der Patientenpflege und der Umsetzung von Standards und Verfahrensanweisungen
9. Weiterführung von Hygiene-Audits zur Überprüfung der Hygienestandards und der Hygienequalität auf den Stationen bzw. in den Funktionsbereichen
10. Konzepterstellung und Einführung der Pflegevisite

11. Weiterentwicklung des standardisierten Pflege-Assessment-Instruments zur Erfassung des Pflegebedarfs
12. Steigerung der pflegerischen Dokumentationsqualität in Bezug auf Erlössicherung, Rechtssicherheit und Informationsgehalt
13. Ausbau der Dokumentation nach PKMS (DRG relevant)
14. Erfassung der Stürze und der Dekubiti (laut der entsprechenden DNQP-Expertenstandards); Umsetzungevaluation von Aktionsplänen
15. Weiterer Ausbau des Wundmanagements (Ausbildung Wundexperten)
16. Kontinuierliche Aktualisierung der Pflegestandards hausübergreifend
17. Ausbildung zum Coach bei Leitungen
18. Optimierung des Aufnahmeprozesses durch Ausbau des Zentralen Patientenmanagements
19. Optimierung des Entlassungsmanagements auch im Hinblick auf die neuen gesetzlichen Anforderungen
20. IT-gestützte Umsetzung der Manchester Triagierung in den Zentralen Notaufnahmen
21. Optimierung Bewerbungsprozedere: Vereinfachung und Beschleunigung des Bewerbungsvorgangs

Institut für Aus- und Weiterbildung:

1. Erarbeitung eines Konzeptes zur Umsetzung der gesetzlichen Veränderungen im Kontext der Pflegeberufe (generalistische Ausbildung)
2. Implementierung und Umsetzung der generalistischen Pflegeausbildung
3. Entwicklung und Etablierung neuer Weiterbildungsprodukte (u. a. Fachweiterbildung pädiatrische Intensivpflege und Anästhesie)
4. Entwicklung und Anwendung eines Rekrutierungskonzepts zur Steigerung der Zahl an Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege
5. Weiterentwicklung von Kooperation und Netzwerken, insbesondere mit Hochschulen und Bildungseinrichtungen (Akademisierung der Pflege, Stationsleitungskursen, Krankenpflegehelfer, Hebammen)
6. Aufnahme in die Qualitätsgemeinschaft Berufliche Bildung in der Region Köln (u.a. Qualitätstestierung durch Certqua)
7. Mitwirkung bei der Pflegestärkung durch
 - Ausbau der Ausbildungskapazitäten (Ausbildungsplätze, Raumkapazitäten)
 - Anerkennungsqualifizierungen ausländischer Pflegekräfte
8. Etablierung als Netzwerkpartner im Deutschen Netzwerk Ersteinschätzung (MTS)
9. Digitalisierung der Aus- und Weiterbildung (mit Mitteln aus dem Digitalpakt Schule)
10. Weiterentwicklung des AFW Internet- und Intranetauftritts

Personalentwicklung (innerbetriebliche Fortbildung)

1. Optimierung der Wege der Bildungsbedarfserhellung durch den Einsatz von Personalentwicklungsinstrumenten (strukturierte Mitarbeitergespräche) und effektivere Kommunikations- und Informationsvorgänge mit allen Unternehmensbereichen

2. Auswahl und Implementierung einer digitalen Lernplattform: Entwicklung und Erprobung von digitalen Lernformaten, insbesondere im Bereich der Pflichtfortbildungen
3. Verbindliche Bestimmung von Pflichtfortbildungen bei den Kliniken Köln sowie eine systematische Dokumentation der Pflichtschulungen
4. Weiterentwicklung von easySoft und Schnittstellenerweiterung zu TimeOffice
5. Förderung der Führungskräfteentwicklung, insbesondere durch Führungskräfte trainings
6. Mitgestaltung eines wertschätzenden Übergangsmanagements von der Ausbildung in die Unternehmensbereiche
7. Weiterentwicklung des Internet- und Intranetauftritts der Personalentwicklung

Institut für Transfusionsmedizin:

1. Selbstversorgung der Patienten mit Blutkomponenten im Umfang von 98%
2. Optimierung des Werbekonzepts zur Blutspender-Gewinnung
3. Erfüllen des Akkreditierungsstandards nach DIN EN ISO 15189 der DAkkS für die medizinische Laboratoriumsdiagnostik des Instituts

Zentralapotheke:

1. Abteilungsübergreifender Aufbau eines Gerinnungsdepots für Notfälle
2. Weiterer Ausbau der Nutzungsoptionen des inzwischen etablierten Programmes „AiDKlinik“ und weitere Schulung dieser Arzneimittelinformationssoftware
3. Aufbau der Schrankversorgung mit Arzneimitteln
4. Etablierung eines Anamnesemanagements für Arzneimittel im elektiven Bereich
5. Beteiligung am interdisziplinären Antibiotikamanagement-Team in Form von Teilnahme an ABS-Visiten

Institut für Pathologie:

1. Ausbau des Qualitätszirkels Histologie
2. Ausbau eines Pathologie-spezifischem QM, evtl. mit Akkreditierung
3. Weiterentwicklung des Rheinischen Tumorzentrums

Zentrales Institut für Hygiene:

1. Schulung aller medizinischen Mitarbeitern in allen Bereichen sicherstellen (z.B. durch Präsentation am Einführungstag)
2. Teilnahme am Hand-KISS
3. Teilnahme an Surveillance Untersuchungen
4. Durchführung von Hygiene-Audits zur Überprüfung der Hygienestandards und der Hygienequalität auf den Stationen bzw. in den Funktionsbereichen

Krankenhaus Holweide:**Anästhesiologie:**

1. Jährliches Aktualisieren der Standards für die Anästhesie
2. Ausbau der Standards für die Schmerztherapie

3. Weitere Optimierung der Prämedikationsambulanz sowie der präoperativen Evaluation
4. Katalog zur Ausbildung für die Weiterbildungsassistenten erstellen und umsetzen
5. Strukturierte Weiterbildung der ultraschallgesteuerten Regionalanästhesie
6. Strukturierte Weiterbildung des Managements des schwierigen Atemweges
7. Verbesserung der Facharzt-Weiterbildung
8. Optimierung der Geräteausstattung
9. Teilnahme am Deutschen Reanimationsregister

Chirurgische Klinik (Viszeral- und Unfallchirurgie):

1. Optimierung der Koordination zwischen Ärzten und Pflegenden zum Abbau der Wartezeiten im Rahmen der Sprechstunden:
 - Verbesserung des Patientenservices in den Sprechstunden und in der Zentralen Notaufnahme
 - Aufbau einer Ambulanz der Chirurgischen Klinik in räumlicher Trennung von der zentralen Notaufnahme
2. Etablierung standortübergreifender Sprechstunden in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim
3. Zertifizierung des Darmzentrums als gemeinsames Zentrum in der mit dem Krankenhaus Merheim fusionierten Klinik für Viszeral-, Tumor-, Transplantations- und Gefäßchirurgie
4. Zertifizierung des Onkologischen Zentrums als standortübergreifendes Zentrum
5. Zertifizierung des Schilddrüsenzentrums als standortübergreifendes Zentrum
6. Ausbau der standortübergreifenden Viszeralmedizin/-chirurgie in Kooperation mit der Inneren Medizin/Gastroenterologie der Kliniken Köln:
 - Bildung eines Zentrums für Viszeralmedizin
 - Bildung einer gemeinsamen Internetpräsenz
 - Standortübergreifendes Referenzzentrum für Minimal-invasive Chirurgie
 - Aufbau Robotic
7. Verbesserung der Patienten- und Einweiserinformationen durch regelmäßige Fortbildungen für Zuweiser und Patienten analog der Behandlungsschwerpunkte

Frauenklinik und Geburtshilfe:

1. Weiterer Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Geburtshilfe mit Pränatal Plus (Zentrum für Pränatal-Medizin und Genetik), der Kinderchirurgie der Amsterdamerstr. und der Neonatologie sowie in der Gynäkologie innerhalb der existierenden Zentren
2. Ausbau des Beckenboden-Zentrums
3. Intensivierung der Kooperation mit niedergelassenen Ärzten im Rahmen der Qualitätszirkel (z.B. Diabetes und Schwangerschaft) und im Rahmen der Tumorkonferenzen
4. Etablierung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen für das onkologische Zentrum
5. Die EE-Zeit (bei Notfall-Kaiserschnitten die Zeit von der Entscheidung bis zur Entwicklung des Kindes) liegt weiterhin deutlich unter dem nationalen Standard von 20 Minuten.

Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalzentrum:

1. Geringe Mortalität und Morbidität extrem unreifer Frühgeborener an der Grenze der Lebensfähigkeit (22 - 24 Schwangerschaftswochen)
2. Reduktion der chronischen Lungenerkrankung von Frühgeborenen
3. Minimierung der Häufigkeit von Hirnblutungen beim Frühgeborenen
4. Vermeidung invasiver Beatmung durch nicht-invasive Atemunterstützung (CPAP/High-Flow)
5. Verminderung der Häufigkeit von Mekoniumpropfsyndrom und fokalen intestinalen Perforationen extrem unreifer Frühgeborener
6. Gesteigerte Vermeidung von nosokomialen Infektionen durch strikte Beachtung der in Zusammenarbeit mit dem Institut für Hygiene erstellten Hygienestandards
7. Minimierung des Zeitintervalls von der Erhebung eines auffälligen Pulsoxymetrie-Screening-Befundes (nach GBA-Richtlinie) bis zur Durchführung der kardiologischen Bestätigungsdiagnostik

Hals-Nasen-Ohren Klinik mit Kopf- und Halschirurgie:

1. Stabilisierung der intersektoralen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten
2. Weiterführung des interdisziplinären Kopf-Hals-Tumorzentrums
3. Stabilisierung und Ausbau des Ohr- Implantat Zentrums
4. Aufrechterhaltung des Morbus Osler und Speicheldrüsen Zentrums
5. Erhalt des Lehr- und Forschungsauftrags der Universität Witten-Herdecke
6. Weiterführung des wissenschaftlichen Projekts zur „Untersuchung der Schluckfunktion nach plastisch-rekonstruktiven Tumoroperationen“

Medizinische Klinik:

1. Erweiterung der standortübergreifenden, internistischen Weiterbildung von bisher Medizinische Klinik Holweide und Medizinische Kliniken I und II in Merheim auf die Lungenklinik Merheim
2. Ausbau des Tutor und Coaching-Projektes in der Aus- und Weiterbildung
3. Standortübergreifende Versorgung onkologischer Patienten im Rahmen des Rheinischen Tumorzentrums
4. Restrukturierung der Notfallversorgung im Bereich Köln Nord-Ost; Restrukturierung der zentralen Notaufnahme zur effizienten, krankheitsbezogenen Patientenversorgung unter Optimierung der Wartezeiten
5. Optimierung der elektronischen Arztbriefvalidierung
6. Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben des Entlassmanagements
7. Ausbau der Kooperation mit der Medizinischen Klinik II in Merheim bei speziellen, kardiologischen Fragestellungen

Gastroenterologie (für die Standorte Merheim und Holweide):

1. Implementierung eines gemeinsamen, endoskopischen Gerätepools für alle 3 Standorte inklusive dezentraler Geräteaufbereitung und zentraler Befunddokumentation
2. Etablierung einer standortübergreifenden Viszeralmedizin

3. Etablierung neuer, endoskopischer Verfahren z.B. MUSE bei GERD, POEM des Ösophagus, H2-Atemtest bei Magenentleerungsstörungen
4. Ausbau der Akademie für endoskopisch tätiges Assistenzpersonal und Ärzte (Endoakademie: Spyglass, LAMS, RX, enterale Sondensysteme)
5. Etablierung weiterer klinischer Studien in der Gastroenterologie
6. Standortübergreifendes Sekretariat der Gastroenterologie Kliniken Köln incl. Back-Office für die Terminierung der ambulanten und stationären Patienten

Radiologische Abteilung:

1. Weiterentwicklung des Brust- und Darmzentrums
2. Mitarbeit bedarfsgerechter Indikationsstellungen für Röntgenuntersuchungen
3. Teilnahme an den Tumorkonferenzen und Mitarbeit in dem Rheinischen Tumorzentrum

Urologische Klinik:

1. Ausbau der ambulanten Strukturen und Operationen
2. Weitere Beteiligung an der Weiterentwicklung des Rheinischen Tumorzentrums
3. Ausbau der therapeutischen Verfahren: Minimalinvasive Steintherapie, Lasertherapie der Prostata
4. Aufbau eines Schwerpunktes für Inkontinenz (in Kooperation mit der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Chirurgischen Klinik und der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie)
5. Weiterer Ausbau der Behandlung der Urolithiasis zu einem Steinzentrum
6. Etablierung neuer Techniken der therapeutischen Bestrahlung des Prostatakarzinoms mit der Abteilung für Strahlentherapie

Brustzentrum:

1. Erfolgreiches Überwachungsaudit des Brustzentrums durch ÄKzert
2. Erfolgreiche Erstzertifizierung nach den Anforderungen der DKG durch OnkoZert
3. Ausbau der Kooperation mit der onkologischen Ambulanz - Optimierung der onkologischen Versorgung unter Beteiligung des Brustzentrums; angestrebt wird die Versorgung von 30 % der Brustzentrumspatienten, die standortnah wohnen
4. Räumliche Erweiterung des Brustzentrums
5. Erarbeitung von weiteren Verbesserungsmaßnahmen auf der Grundlage der Patientenbefragungsergebnisse
6. Kontinuierliche Verbesserung der Operationsverfahren (Ausbau der Kooperation mit den Kliniken Essen Mitte zum Europäischen Brustzentrum und Etablierung eines Rhein-Ruhr-Masterclass Kurses in Kooperation mit der Charité und Essen Mitte)
7. Regelmäßige Durchführung von Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen entsprechend den Anforderungen zur Zertifizierung von Brustzentren in NRW bzw. der Anforderungen nach DKG
8. Steigerung der Studienaktivitäten von 5% auf 10%
9. Fallzahlen halten, Richtwert 600 Primärfälle Mammakarzinom

D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement ist eine dem Klinischen Direktor / der Geschäftsleitung direkt unterstellte Abteilung mit einem Leiter und fünf MitarbeiterInnen (insgesamt 4,5 Vollzeitstellen), die gemeinsam die drei Krankenhäuser betreuen. Die Ziele, Kompetenzen und Aufgaben sind im Geschäftsverteilungsplan festgelegt.

Über die krankenhausübergreifende Betriebsleitung erfolgt die Koordination der Aktivitäten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements. Hierzu gehört die Abstimmung der jeweiligen Jahresplanung mit den wesentlichen Aktivitäten und Zielen.

Die Ergebnisse der KTQ-Selbst- und Fremdbewertung, der externen Risikoaudits, die Analyse von CIRS-Meldungen, Qualitätsindikatoren und der durchgeführten Befragungen, die Anregungen von KollegenInnen, die Rückmeldungen der PatientenInnen und deren Angehörigen sowie unserer EinweiserInnen sind die Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen. Alle Ergebnisse und Rückmeldungen werden auch auf sicherheitsrelevante Inhalte hin ausgewertet und strukturiert bearbeitet, um die Sicherheit unserer PatientInnen weiter zu steigern.

Verbesserungen werden durch die Geschäftsleitung bzw. die Betriebsleitung, u.a. in Form von Aufträgen für Qualitätszirkel-, Projektgruppen oder an die zuständigen Leitungen bzw. benannten Funktionsträger initiiert.

Das Qualitätsmanagement kontrolliert gemeinsam mit den Auftraggebern den Erfolg der umgesetzten Maßnahmen.

Die Ergebnisse werden u.a. im Intranet, in Besprechungen, auf Informationsveranstaltungen und in der schriftlichen Mitarbeiterinformation „KLINIK AKTUELL“ veröffentlicht. Zweimal im Jahr findet das „QM-Netzwerktreffen“ mit Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern des Qualitätsmanagements aus den einzelnen Abteilungen statt. Dabei werden aktuelle Aktivitäten des Qualitätsmanagements, z.B. Ergebnisse von Analysen und Projekten sowie abteilungsspezifische Aktivitäten vorgestellt.

Das Netzwerktreffen ist auch ein Forum, in dem die Instrumente und Tätigkeiten des Qualitätsmanagements kritisch hinterfragt und weiterentwickelt werden.

Informationen zur Abteilung finden Sie auch im Internet unter: http://www.kliniken-koeln.de/ueber_uns_Qualitaetsmanagement_Startseite.htm?ActiveID=1650

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

In unserem Krankenhaus sind die QM-Instrumente in vier Kategorien eingeteilt:

1. Instrumente zur Analyse der Qualität

- Durchführung der systematischen KTQ-Selbstbewertung in berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen
- Durchführung der krankenhausübergreifenden KTQ-Fremdbewertung und externer Audits zu den Organzentren und zur perioperativen Schmerztherapie durch unabhängige, externe Visitoren / Auditoren
- Durchführung von externen Risikoaudits
- Durchführung interner Audits
- Analyse von Rückmeldungen (einschl. Beschwerdemanagement)
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- unterjähriges Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V und den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren aus Routinedaten im Benchmark mit ca. 200 Krankenhäusern

- Identifikation und Analyse kritischer Ereignisse über das Critical Incident Reporting System (CIRS) und über einrichtungsübergreifende Meldesysteme (u.a. CIRS Medical)
- Umsetzung einer offenen Fehlerkultur in Einzel- und Teambesprechungen sowie in Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

2. Instrumente zur Verbesserung der Qualität

- Umsetzung von Aktionsplänen zu allen o.g. Analyse-Instrumenten
- Kommunikation und Evaluation des Leitbildes zur Weiterentwicklung der Unternehmens- und Sicherheitskultur
- Projektgruppenarbeit zur Ausarbeitung und Umsetzung konkreter, zeitlich befristeter Projektaufträge
- Qualitätszirkelarbeit zur regelmäßigen Überprüfung und Weiterentwicklung der Strukturen und Abläufe
- Bearbeitung von Patienten-Rückmeldungen in der fachübergreifenden Rückmeldekommission, insbesondere zum Thema Patientenservice
- Implementierung von Behandlungspfaden, Standards zur Erstversorgung, Verfahrensanweisungen und Checklisten,
- Aufträge an einzelne Abteilungen oder an Kolleginnen und Kollegen in ihren Funktionen, z.B. an die Hygienebeauftragte oder die Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Koordination des Ideenmanagements

3. Instrumente zur Dokumentation der Qualität

- Qualitätsmanagement-Handbuch im Intranet; das Handbuch ist nach den KTQ-Kriterien gegliedert
- Veröffentlichung der Ergebnisse der Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragung im Intranet
- Veröffentlichung des KTQ-Visitationsberichts und der Berichte externer Audits im Intranet
- Erstellung von QM-Jahresberichten
- Darstellung der Qualität, einschließlich der Qualitätsziele (siehe D-2) im Qualitätsbericht; Veröffentlichung der KTQ-Qualitätsberichte
- Berichte über die o.g. Analysen und die abgeleiteten Verbesserungen im Intranet

4. Instrumente zur Information über die Aktivitäten des Qualitätsmanagements

- Informationsveranstaltungen
- internes QM Netzwerktreffen
- Teilnahme des Qualitätsmanagements an Leitungs- und Teambesprechungen
- Schulungen, z.B. zu den Themen Umgang mit Beschwerden, Durchführung einer KTQ-Selbst- und Fremdbewertung, Erstellung, Implementierung und Auswertung von Behandlungspfaden, zur Aufbereitung und Analyse der Qualitätsindikatoren und für die CIRS-Vertrauenspersonen
- Veröffentlichung aktueller Themen in der zweimal monatlich erscheinenden KLINIK AKTUELL
- QM-Intranet-Seite und Nutzung der Kliniken-Rundmail

- Veröffentlichungen in der Fachpresse
- Vorträge in Fachgremien und auf Kongressen / Tagungen
- Unterrichtseinheiten in den Managementkursen für Ärzte und für Pflegekräfte, für Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege, der operationstechnischen Assistenten und der Medizinisch Radiologischen Assistenten zu den wesentlichen Zielen und Aktivitäten des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Krankenhausübergreifende Projekte, Aktivitäten und Qualitätsgruppen des Qualitäts- und klinischen Risikomanagements:

Koordination der Aktivitäten in der krankenhausübergreifenden Betriebsleitung

- Rezertifizierung der Akutschmerztherapie
- KTQ Rezertifizierung; Bearbeitung der Visitationsberichte in der Form eines Aktionsplans
- Optimierung der Patientensicherheit durch klinisches Risikomanagement u.a. mit externen Risikoaudits, Risikokoordinationsteams, Critical Incident Reporting System (CIRS), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie durch risikoadjustierte medizinische Qualitätsindikatoren
- Klinische Prozessoptimierung (z.B. Koordination der Behandlungspfade, Standards zur Erstversorgung, Implementierung einer EDV-gestützten Triage und Patientendatendokumentation in den Notaufnahmen)
- Beschwerdemanagement mit Rückmeldekommissionen inkl. Aktionsplänen (auch zu sicherheitsrelevanten Themen)
- Unterstützung der Unternehmenskultur, u.a. auch durch die Weiterentwicklung des Leitbilds, Leitbildaktionen und Mitarbeiterbefragungen auch zur Umsetzung der Führungsgrundsätze
- Durchführung regelmäßiger Befragungen (Patientenbefragung, Einweiserbefragungen, Mitarbeiterbefragungen)
- Erstellung der gesetzlichen Qualitätsberichte nach § 137 SGB V
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement Handbuchs; Implementierung der Software Nexus-Curator in Kooperation mit dem Klinikum Leverkusen
- Betreuung des Ideen- und Beschwerdemanagements
- Durchführung und Moderation von internen QM-Netzwerktreffen
- Moderation des Klinischen Ethik Komitees
- Durchführung einer kontinuierlichen Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement unter Berücksichtigung der Patientensicherheit
- Durchführung einer klinikübergreifenden Einweiserbefragung auf der Grundlage der erfolgreichen Einweiserbefragung in den onkologischen Zentren

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Die Grundlage unserer Qualitätsbewertungen ist der „PDCA-Zyklus“:

Plan: Liegt ein Konzept mit definierten Zielen und Verantwortlichkeiten vor?

Do: Ist das Konzept bekannt und wird es in allen Bereichen umgesetzt?

Check: Werden die formulierten Ziele durch die Umsetzung erreicht?

Act: Werden aus der Zielkontrolle die richtigen Schlussfolgerungen gezogen?

Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH mit dem Krankenhaus Merheim, dem Krankenhaus Holweide und dem Kinderkrankenhaus sind nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, www.KTQ.de) rezertifiziert. Sie haben bereits an der Pilotphase zur KTQ-Zertifizierung im Jahr 2000 teilgenommen. Der 12 Monate dauernde Zertifizierungsprozess wird alle 3 Jahre durch umfassende Selbstbewertungen mit berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen und durch mehrtägige (je nach Größe des Krankenhauses: 3-5 Tage) Fremdbewertungen durch unabhängige, externe Visatoren wiederholt.

Alle Standorte sind seit 2004/2005 zertifiziert, seit 2014 im Rahmen einer Verbund-Rezertifizierung. Aus den Visitationsberichten werden Aktionspläne erstellt, deren Umsetzung das Qualitätsmanagement begleitet.

In Kooperation mit der Haftpflichtversicherung und der Gesellschaft für Risikoberatung mbH (GRB) wurde ein Screening-Modell zur Bewertung der Patientensicherheit / des klinischen Risikomanagements entwickelt. Dieses wird inzwischen deutschlandweit eingesetzt und in jährlichen gemeinsamen Treffen weiterentwickelt. Alle drei Jahre werden die Kliniken Köln anhand dieses Modells extern bewertet; auch hier wird anschließend ein Aktionsplan abgeleitet, dessen Umsetzung beim nächsten Screening bewertet wird.

Konkrete Qualitätsmessungen sind jeweils Bestandteil der Qualitätszirkel- und Projektgruppenarbeit. Zur Bewertung und Verbesserung der Patientensicherheit wurden/werden u.a. regelmäßige externe Risikoaudits (mindestens zwei pro Jahr) durchgeführt.

Die medizinische Prozess- und Ergebnisqualität wird im unterjährigen Berichtswesen zu den Qualitätsindikatoren nach § 137 SGB V und zu den risikoadjustierten Qualitätsindikatoren aus den Routinedaten im Vergleich zu den jeweiligen Referenzdaten bewertet.

Die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten, unserer Einweiserinnen und Einweiser sowie unserer Mitarbeiter erheben wir unter Nutzung wissenschaftlicher Methoden durch den Einsatz von Fragebögen mit einer externen Forschungsgruppe. Durch die Kooperation mit diesem externen Institut ist zusätzlich der Vergleich mit anderen Krankenhäusern (Benchmarking) gewährleistet.

Die komplette Übersicht der eingesetzten Methoden zur Bewertung und Analyse ist in diesem Bericht unter „D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements“ abgebildet.

Patientenbefragung

Seit Ende 2016 wird eine kontinuierliche Patientenbefragung in Verbindung mit dem Meinungs-/Beschwerdemanagement durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Rahmen eines Benchmarkings mit den Ergebnissen von ca. 107 Krankenhäusern verglichen. Verbesserungsmaßnahmen werden aus den Ergebnissen auf zwei Ebenen abgeleitet:

- klinik-/stationsspezifisch (z.B. Optimierung der Patienteninformationen, z.B. zu den Nebenwirkungen von Medikamenten) und
- krankenhausübergreifend (z.B. Neukonzeption der Speisenversorgung).

Mitarbeiterbefragung

Eine Vollbefragung der Mitarbeiter mit externem Benchmark (mit 163 Vergleichskrankenhäusern) wurde 2013/2014 durchgeführt, der Rücklauf betrug 62%. Folgeprozesse und Aktionspläne werden erstellt und seitdem die Umsetzung unterstützt. Die Umsetzung von Verbesserungen erfolgt ebenfalls sowohl durch den krankenhausübergreifenden Aktionsplan als auch durch die teamspezifischen Aktionspläne.

Auswertung der Meinungsbögen/Lob und Beschwerden

Das Qualitätsmanagement nimmt Lob, Kritik und Anregungen aller Patienten/-innen telefonisch oder schriftlich entgegen. Die Rückmeldungen werden halbjährlich ausgewertet.

In über 80% der Rückmeldungen wurden unsere Pflegefachkräfte und die Ärzte als freundlich und kompetent beschrieben. Konstruktive Vorschläge von den Patienten konnten umgesetzt werden; die Beschwerden wurden patientenorientiert intern und extern bearbeitet.

Krankenhausübergreifend trifft sich eine Rückmeldekommission, um alle eingegangenen Bögen zu sichten und strukturelle Probleme zu bearbeiten. Diese Rückmeldekommission besteht aus der PatientenführsprecherIn, dem Leiter des Patientenservice (zuständig u.a. für Speiseversorgung und Reinigung), und dem Qualitätsmanagement sowie nach Bedarf aus einem ärztlichen Vertreter oder ggf. Mitarbeiter von anderen betroffenen Bereichen. Möglichkeiten zur Verbesserung werden in Aktionspläne umgesetzt, die von den Mitgliedern der Rückmeldekommission weiter bearbeitet oder an die zuständigen Verantwortlichen weitergeleitet werden.

Einweiserbefragung

Die Einweiserbefragung wurde 2017/2018 erfolgreich für alle bettenführenden Fachabteilungen durchgeführt: Das Ziel einer Rücklaufquote von 15% zu erreichen, wurde in 16 der 18 Kliniken überschritten (Rücklaufquoten einzelner Kliniken: 12,30% bis 47,10%; Durchschnitt über alle Kliniken: 22,98%). Es gibt eine hohe Zufriedenheit der Einweiser/ Zuweiser zu den abgefragten Themen. Auf einer fünfstufigen Skala zur Einschätzung der Gesamtzufriedenheit wählten 85,32% die höchste bzw. zweithöchste Kategorie, 4% wählten „eher unzufrieden“ bzw. „unzufrieden“. Der Mittelwert über alle Kliniken ist 87,77 von 100 Punkten. (zufrieden = 100 ; eher zufrieden = 75; teils/ teils = 50; eher unzufrieden = 25; unzufrieden = 0).

Bei besonders guten Bewertungen werden die bewährten Lösungen ausgeweitet; bei identifizierten Verbesserungspotentialen werden Maßnahmen mit Hilfe von Aktionsplänen abgeleitet, z.B. Verbesserung der Kontaktaufnahme mit den Einweisern bei besonderen Ereignissen.