



Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße

Standort-Qualitätsbericht 2018

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

Einleitung

Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße

Das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, eines der drei Häuser der Kliniken Köln, gehört zu den größten und renommiertesten Kinderkliniken in Deutschland. Das Kinderkrankenhaus verfügt über 264 Betten, davon 60 Betten in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie 10 Betten im Level1-Perinatalzentrum am Standort Holweide. Das Kinderkrankenhaus erfüllt die Aufgaben der regionalen Spitzenversorgung - ob Asthma, Diabetes, Epilepsie, Fehlbildungen, Krebs, psychische Erkrankungen, Schmerzerkrankungen oder Unfall: Im Team des Kinderkrankenhauses Amsterdamer Straße gibt es für jede Krankheit den richtigen Spezialisten. Das Kinderkrankenhaus verfügt über die Fachabteilungen:

- Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum und Perinatalzentrum
- Kinderchirurgie und Kinderurologie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Kinderanästhesie
- Kinderradiologie



Jährlich werden etwa 12.000 Kinder stationär behandelt und rund 5.000 chirurgische Eingriffe durchgeführt. Die durchschnittliche Verweildauer konnte in den letzten Jahren kontinuierlich verkürzt werden, sie liegt im Durchschnitt bei 4,3 Tagen. Neben den stationären Aufenthalten wurden rund 35.000 Kinder in den mehr als 25 Spezialsprechstunden aller Fachrichtungen und in der Notaufnahme ambulant behandelt. Das Kinderkrankenhaus verfügt über alle Mittel zur Untersuchung und Behandlung vom extrem kleinen Frühgeborenen bis hin zum Jugendlichen.

Zusätzlich ist ein großes Sozialpädiatrisches Zentrum etabliert, eine Einrichtung zur ambulanten Diagnostik und Behandlung für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten, neurologischen Erkrankungen oder Behinderungen. Das Sozialpädiatrische Zentrum ist seit 2009 erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert.

Das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Das Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung kooperiert mit dem Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, um Gesundheits-, Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte aus- und weiterzubilden.

Akut und chronisch kranke Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen werden in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin medizinisch und pflegerisch bestens versorgt. Zum Versorgungsspektrum der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin gehört die Behandlung extrem unreifer Frühgeborener im Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe

(Level 1) genauso wie die Therapie chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Ein großes ärztliches Team stellt sicher, dass in der breit differenzierten Klinik für Kinder- und Jugendmedizin alle Erkrankungen des Kinder- und Jugendalters jederzeit kompetent behandelt werden können. Die Abteilung für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie engagiert sich im „Rheinischen Tumorzentrum“, einem Netzwerk von Klinik- und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, um die Versorgung krebskranker Kinder und Jugendlicher weiter zu verbessern.

Die Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder, ist die größte kinderchirurgische Abteilung Deutschlands. Die Klinik ist zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaften zugelassen. Zusätzlich zu den Betten auf Normal- und Intensivstation hat die Klinik vier Betten für schwerstverbrannte Kinder und eine chirurgische Wachstation (IMC) mit 15 Betten. Im November 2018 wurde die kinderchirurgische Tagesklinik mit aktuell 12 Betten eröffnet. Sie bietet von Montag bis Freitag die Möglichkeit, kleine kinderchirurgische oder anästhesiologische Operationen in einem kindgerechten Rahmen tagesstationär durchführen zu können. Damit tragen wir auch der zunehmenden Anfrage nach ambulanten bzw. tagesstationären Durchführung von Eingriffen bei Kindern Rechnung.

Ein zusätzlicher Schwerpunkt liegt in der laparoskopischen und minimalinvasiven Chirurgie (MIC - „Schlüssellochchirurgie“) bei Kindern. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Kinderurologie inklusive wiederherstellende (rekonstruktive) Chirurgie bei Genital-Fehlbildungen und geschlechtlichen Differenzierungsstörungen sowie die Versorgung von Kindern mit komplexen Fehlbildungen der Kontinenzorgane (Blasen-Ekstrophie, Anal-Atresie, Kloaken-Fehlbildungen).

Um den vielfältigen Anforderungen der Pädiatrie, der Kinderchirurgie und der Anästhesiologie gerecht werden zu können, bietet die Kinderradiologie ein breites Untersuchungsspektrum an. Die Röntgenuntersuchungen werden unter strengsten Sicherheitsvorkehrungen und ständigen Qualitätskontrollen durchgeführt. Ganz besonders wird dabei auf strahlensparende Maßnahmen geachtet. Das Kinderkrankenhaus verfügt über einen eigenen Magnetresonanztomographen (MRT, auch Kernspin-Gerät genannt). Dieser ermöglicht hoch auflösende und kontrastreiche Schnittbilder aus dem menschlichen Körper ohne Strahlenbelastung.



Die kinderanästhesiologische Abteilung betreut Kinder aller Altersstufen, die jüngsten von ihnen wiegen weniger als 500 Gramm, die Ältesten sind fast erwachsen. Jährlich werden ca. 6.500 Anästhesien durchgeführt. Die Anästhesie wird für jeden Patienten individuell geplant und durchgeführt. Neben der Versorgung von Patientinnen und Patienten widmet die Abteilung für Kinderanästhesie sich auch der Aus- und Fortbildung von Ärzten. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) hat die

Abteilung für Anästhesiologie im Kinderkrankenhaus als Fortbildungsstätte für die berufsbegleitende Qualifizierung „Spezielle Kinderanästhesie“ anerkannt.

Immer mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland leiden an einer chronischen Krankheit wie Rheuma, Diabetes mellitus, Adipositas oder Schmerzsyndromen. Sie müssen sich in der Regel ein Leben lang mit ihrer Krankheit auseinandersetzen. Eine speziell eingerichtete Station für chronisch kranke Kinder und Jugendliche mit einem interdisziplinären Behandlungsteam aus Ärzten, Pflegenden, Sozialberatung, Psychologin, Seelsorge, Diätassistentin, Diabetesberater, Diplom-Pädagogin, Erzieherinnen, Physiotherapie und anderen Therapeuten kümmert sich um diese Kinder und deren Familien. Die Patienten werden von Anfang an darin gestärkt, ein für sie befriedigendes Leben mit der jeweiligen Erkrankung zu führen und trotz Einschränkungen eine gute Lebensqualität zu entwickeln.

Im Herbst 2013 konnte eine neue, erweiterte neuropädiatrische Station für Patientinnen und Patienten der Abteilung für Kinderneurologie, Epileptologie und Sozialpädiatrie in Betrieb genommen werden. Hier werden Kinder und Jugendliche mit allen neurologischen Erkrankungen und Entwicklungsstörungen durch spezialisierte Fachkräfte mit modernen Methoden in einem multidisziplinären Konzept diagnostiziert und behandelt. Im Sommer 2015 wurde eine weitere moderne Station in Betrieb genommen; die Räumlichkeiten und Ausstattung wurden an die besonderen Bedürfnisse onkologisch erkrankter Kinder und Jugendlicher angepasst.

Aktuell entsteht im Kinderkrankenhaus ein neues Gebäude (vier Geschosse mit insgesamt 60 Betten). Durch die Baumaßnahme werden die Intensivbereiche erweitert und Säuglingsstationen mit Eltern-Kind-Zimmern eingerichtet. Gleichzeitig werden durch Raumanordnung, Isolationsmöglichkeiten und Installationen die hygienischen Bedingungen grundlegend verbessert.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der städtischen Frauenklinik Holweide, den anderen Geburtskliniken in Köln und im näheren Umland sowie mit der Uniklinik Köln und anderen Kinderkliniken. Neben der Kooperation mit anderen lokalen und überregionalen Kliniken legt das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße großen Wert auf einen ständigen Austausch mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Selbsthilfeorganisationen, ambulanten Diensten und Reha-Einrichtungen, um eine gute und kontinuierliche Versorgung der Patienten auch nach der Entlassung sicher zu stellen.



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 Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger im Einsatz. In Zusammenarbeit mit dem angegliederten Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung wird eine fachlich qualifizierte, praxisnahe Aus- und Weiterbildung sichergestellt.

Eine Ernährungs- und Diätberatung bietet den Eltern die Möglichkeit, sich bei bestimmten Krankheiten ihrer Kinder über die daraus resultierenden Empfehlungen bezüglich des Essens helfen zu lassen.

Case Managerinnen begleiten und unterstützen Patientinnen und Patienten mit komplexen und/oder chronischen Erkrankungen und Eltern von sehr kleinen Frühgeborenen. Bei der Betreuung steht die ganze Familie im Mittelpunkt. In einem partnerschaftlichen Prozess planen und koordinieren die Case Managerinnen aus einer Hand alle Untersuchungen und Termine. Die Familien haben eine feste Ansprechpartnerin, der Klinikaufenthalt wird für sie transparent. Die kinderchirurgischen Sprechstunden und die Tagesklinik werden von einer Care Managerin begleitet, die bei der Vergabe von Op-Terminen maßgeblich beteiligt ist und wochentags als Ansprechpartnerin für Eltern fungiert bei Rückfragen oder bei der Änderung von Op-Terminen.

Die Sozialberatung im Kinderkrankenhaus bietet Unterstützung bei Themen wie der Entlassungsvorbereitung, Koordination von Hilfen, Vermittlung von Frühförderungsmaßnahmen, Unterstützung bei chronisch kranken oder behinderten Kindern und steht auch bei wirtschaftlichen und finanziellen Schwierigkeiten beratend zur Verfügung.

Im Rahmen der zertifizierten Kinderschutzgruppe, die interdisziplinär geleitet wird, werden zusammen mit dem Sozialdienst und der Pflege die jährlich bis zu 70 Kinderschutzfälle besprochen und begleitet. Es besteht eine zusätzlich Kooperation mit der Rechtsmedizin der Universitätsklinik Köln.

Das Kinderkrankenhaus bietet eine Vielzahl therapeutischer und pädagogischer Angebote wie z.B. Klinikclowns, Kunst-, Musik-, Beschäftigungs- sowie Spieltherapie und vielfältige Veranstaltungen.

Die „Spielewelt“ im Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, die Kindern eine Auszeit vom Krankenhausalltag ermöglicht, wurde Ende 2012 in Betrieb genommen. Dort können erkrankte Kinder und deren Geschwister unter fachlicher Begleitung von Erzieherinnen gemeinsam spielen und die Krankenhausatmosphäre vergessen; sie können in hellen und großzügigen Räumlichkeiten lesen, spielen und mit verschiedenen Materialien kreativ gestalten. Der Bau der „Spielewelt“ wurde durch die finanzielle Unterstützung des Fördervereins Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße, Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen der Region möglich. In der „Spielewelt“ finden Kinder unter Anleitung von Erzieherinnen die Möglichkeit, trotz Krankheit Spaß am Spielen zu haben, kreativ zu sein und Abwechslung durch die Begegnung mit Geschwistern und anderen Kindern zu finden. Außerdem befindet sich ein therapeutischer Spielplatz im Innenhof der Klinik.

In der „Patientenrückmeldekommission“ werden mit Vertreterinnen der Krankenhausleitung, den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Kollegen/-innen, der Seelsorge und dem Patientenführsprecher Wünsche und Lob besprochen und Aktionen zur Verbesserung veranlasst und kontrolliert.

„Der Mensch im Zentrum unseres Handelns“ ist Leitsatz des Leitbilds der Kliniken. Hieran orientieren sich alle Aktivitäten und Projekte.

Eltern können ihr Kind von der Aufnahme bis zur Entlassung begleiten, ihr Kind rund um die Uhr besuchen und im Kinderkrankenhaus übernachten, wenn sie dies wünschen. In alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Entscheidungen werden die Eltern intensiv einbezogen. Als ergänzendes modernes Unterbringungsangebot für Eltern und Geschwister schwer und chronisch kranker Kinder wurde im Frühjahr 2009 in direkter

Nachbarschaft zum Kinderkrankenhaus an der Amsterdamer Straße ein neu gebautes Elternhaus der McDonald's Kinderhilfe Stiftung eröffnet, das von Beginn an sehr gut angenommen wurde. In dem fast immer voll belegten Ronald McDonald-Haus mit 14 Appartements finden Angehörige schwer kranker Kinder ein Zuhause auf Zeit, während ihre Schützlinge in der benachbarten Kinderklinik behandelt werden. In der „Familien-Burg“ gibt es nicht nur die Möglichkeiten, in einer wohnlichen Atmosphäre zu essen, zu schlafen oder Wäsche zu waschen, sondern auch die Gelegenheit zur Begegnung mit anderen Familien, die in einer ähnlichen Situation sind. Hausleitung und Ehrenamtliche unterstützen und begleiten die Familien. Neben den Eltern sind auch die Geschwister und andere Angehörige willkommen. Daneben wurde im Elternhaus mit einer durch eine Brücke verbundenen „Ronald McDonald Oase“ ein neues Betreuungsangebot für ambulante und Tagespatienten des Kinderkrankenhauses geschaffen.



Das Kinderkrankenhaus bietet besondere Aktionen und Einrichtungen, die den Krankenhausaufenthalt für die Kinder angenehmer gestalten. Jedes Jahr finden jahreszeitliche Veranstaltungen sowie Kinderkarnevalspartys im Kinderkrankenhaus statt, bei der viele Karnevalisten und das Kölner Kinderdreigestirn mitwirken. Jeden Sommer veranstaltet der Förderverein des Kinderkrankenhauses auf dem Klinikgelände ein großes und von vielen ehrenamtlichen Helfern unterstütztes Sommerfest für aktuelle und ehemalige Patienten und ihre Familien.

Zu einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gehört eine hohe Patientensicherheit. Die Luftfahrt mit ihren hohen Sicherheitsstandards ist gerade im Operations-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 sogenannten „Team Time Out“. Als zusätzliche Sicherheitsmaßnahme erhalten alle Patientinnen und Patienten ein Identifikationsarmband.

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

Im Kinderkrankenhaus ist ein CIRS - Critical Incident Reporting System - Meldesystem zur Erfassung kritischer Ereignisse- etabliert. 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. Im Kinderkrankenhaus 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.

Als erstes Kölner Krankenhaus wurde das Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße im Jahr 2004 erfolgreich erstmalig durch die KTQ[®] - Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH - zertifiziert. Die Auszeichnung, die jeweils für drei Jahre gilt, wurde im Jahr 2017 zum fünften Mal in Folge verliehen, seit 2014 in Form einer Verbundzertifizierung gemeinsam mit den Kliniken in Holweide und Merheim umgesetzt.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie die Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie haben zudem das Gütesiegel „Ausgezeichnet. Für Kinder.“ der G-KIND - Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. - erreicht.

Als eine der wenige Kinderkliniken in Deutschland ist das Kinderkrankenhaus abteilungsübergreifend seit 2018 für Akutschmerztherapie über den TÜV Rheinland zertifiziert.

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 Kinderkrankenhaus wird vom Förderverein Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße Köln e.V., vom Förderverein für tumor- und leukämiekranke Kinder Blankenheimerdorf e.V., der Toni-Kroos-Stiftung und vielen anderen Initiativen, Unternehmen, Organisationen und Privatpersonen unterstützt. Diese Unterstützung ermöglicht zusätzliche kinderfreundliche und kindgerechte Angebote.

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,
- Rhein-Kreis-Neuss-Kliniken mit den Kreiskrankenhäusern Dormagen und Grevenbroich - St-Elisabeth,
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH,
- sowie Städtisches Klinikum Solingen gGmbH und die
- Städtischen Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus - GmbH

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: Qualitätsmanagement 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: http://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Index.-htm?ActiveID=1032

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts.....	14
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	14
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	15
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	15
A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses.....	15
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	16
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	16
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	19
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	20
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	21
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	21
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	22
A-8.3 Forschungsschwerpunkte.....	22
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.....	29
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	29
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	31
A-12.1 Qualitätsmanagement.....	31
A-12.1.1 Verantwortliche Person.....	31
A-12.1.2 Lenkungsgremium.....	31
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	31
A-12.2.1 Verantwortliche Person.....	31
A-12.2.2 Lenkungsgremium.....	31
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen.....	31
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	33
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	33
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	33
A-12.3.1 Hygienepersonal.....	34
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene.....	34
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	35
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe 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).....	36
A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement.....	37
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	37
A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	39
A-12.5.1 Verantwortliches Gremium.....	39
A-12.5.2 Verantwortliche Person.....	39
A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal.....	39
A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen.....	39
A-13 Besondere apparative Ausstattung.....	41
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	42
B-1 Klinik für Anästhesiologie.....	43
B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	43

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	43
B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	43
B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	44
B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	44
B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	45
B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	45
B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	45
B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	45
B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	45
B-1.11 Personelle Ausstattung.....	45
B-1.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	45
B-1.11.2 Pflegepersonal.....	46
B-2 Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder.....	48
B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	48
B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	48
B-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	48
B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	52
B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	52
B-2.6 Diagnosen nach ICD.....	54
B-2.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	54
B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	55
B-2.7 Prozeduren nach OPS.....	55
B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	55
B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	56
B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	58
B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	61
B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	62
B-2.11 Personelle Ausstattung.....	62
B-2.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	62
B-2.11.2 Pflegepersonal.....	62
B-3 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum und Perinatalzentrum.....	64
B-3.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	64
B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	64
B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	65
B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	77
B-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	78
B-3.6 Diagnosen nach ICD.....	79
B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD.....	79
B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen.....	80
B-3.7 Prozeduren nach OPS.....	81
B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	81
B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren.....	82
B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	82
B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	85
B-3.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	86
B-3.11 Personelle Ausstattung.....	87
B-3.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	87

B-3.11.2 Pflegepersonal.....	88
B-4 Radiologische Abteilung.....	90
B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	90
B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	90
B-4.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	91
B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	92
B-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	93
B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	93
B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	93
B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	94
B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	95
B-4.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	95
B-4.11 Personelle Ausstattung.....	96
B-4.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	96
B-4.11.2 Pflegepersonal.....	96
B-5 Institut für Transfusionsmedizin.....	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.....	100
B-5.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	101
B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	101
B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	101
B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	101
B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	101
B-5.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	101
B-5.11 Personelle Ausstattung.....	101
B-5.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	101
B-5.11.2 Pflegepersonal.....	102
B-6 Institut für Hygiene.....	104
B-6.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	104
B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	104
B-6.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	104
B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	104
B-6.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	105
B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	105
B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	105
B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	105
B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	105
B-6.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	106
B-6.11 Personelle Ausstattung.....	106
B-6.11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	106
B-6.11.2 Pflegepersonal.....	106
B-7 Institut für Pathologie.....	107
B-7.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	107
B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	107
B-7.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	107

B-7.4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	110
B-7.5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	111
B-7.6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	111
B-7.7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	111
B-7.8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	111
B-7.9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	111
B-7.10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft....	111
B-7.11	Personelle Ausstattung.....	111
B-7.11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	111
B-7.11.2	Pflegepersonal.....	112
C	Qualitätssicherung.....	113
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	113
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate.....	113
C-1.2	Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	113
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	162
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	162
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	162
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	165
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr.....	165
C-5.2	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr.....	165
C-5.2.1	Gesamtergebnis der Prognosedarlegung.....	165
C-5.2.2	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden	165
C-5.2.3	Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	165
C-5.2.4	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R).....	165
C-5.2.5	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden.....	166
C-5.2.6	Übergangsregelung.....	166
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	166
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V.....	167
D	Qualitätsmanagement.....	168
D-1	Qualitätspolitik.....	168
D-2	Qualitätsziele.....	169
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	174
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	175
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	176
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements.....	177

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus

Name: Kliniken Köln gGmbH - Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
Institutionskennzeichen: 260531741
Standortnummer: 99
Straße: Amsterdamer Straße 59
PLZ / Ort: 50735 Köln
Telefon: 0221 / 8907 - 0
E-Mail: postservice@kliniken-koeln.de

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Michael Weiß
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt Kinder - und Jugendmedizin
Telefon: 0221 / 8907 - 5201
Telefax: 0221 / 8907 - 5476
E-Mail: ToennesB@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: Suzanne Matthiä
Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung
Telefon: 0221 / 8907 - 5563
Telefax: 0221 / 8907 - 5159
E-Mail: pflegedirektion@kliniken-koeln.de

Verwaltungsleitung

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

Im Bericht dargestellter Standort

Name: Kliniken Köln gGmbH - Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße
 Institutionskennzeichen: 260531741
 Standortnummer: 01
 Straße: Amsterdamer Straße 59
 PLZ / Ort: 50735 Köln

Ärztliche Leitung

Name: Prof. Dr. Michael Weiß
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Ärztlicher Direktor und Chefarzt Kinder - und Jugendmedizin
 Telefon: 0221 / 8907 - 5201
 E-Mail: ToennesB@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: Suzanne Matthiä
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Pflegedienstleitung Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße
 Telefon: 0221 / 8907 - 5563
 Telefax: 0221 / 8907 - 5159
 E-Mail: MatthiaeS@kliniken-koeln.de

Verwaltungsleitung

Name: Holger Baumann
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Geschäftsführer (kfm.)
 Telefon: 0221 / 8907 - 5302
 E-Mail: WallraffA@kliniken-koeln.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Akademisches Lehrkrankenhaus: ja
 Universitäten: Universität zu Köln
 Universität Witten Herdecke

A-3a Organisationsstruktur des Krankenhauses

Unsere aktuelle Organisationsstruktur ist unter https://www.kliniken-koeln.de/upload/Organigramm_Internet_14843.pdf veröffentlicht.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Verpflichtung besteht: ja

Die Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie wird durch das Sozialpädiatrische Zentrum und auch durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit Standort Holweide gewährleistet.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Leistungsspektrum:

- Patientenorientierte Pflegekonzepte auf allen Allgemein- und Intensivstationen
- Professionelle pflegerische Versorgung nach aktuellen Pflegestandards und Leitlinien, mit Unterstützung moderner Hilfsmittel und innovativer Software
- Umsetzung der Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Entlassungsmanagement, Förderung der Harnkontinenz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden)
- Decubitusprävalenz-Erhebungen
- Entwicklung eines standardisierten Pflege-Assesment-Instruments auf Basis ePA ©AcuteCare Pro in Einführung
- Sozialdienst/Casemanagement, u.a. Steuerung der elektiven Aufnahmeprozesse/präoperatives Patientenmanagement und strukturiertes Entlassungsmanagement
- Patienten- und Angehörigen-Beratung und Fallsteuerung
- Strukturiertes Schmerzmanagementkonzept mit Unterstützung von Schmerzmentoren
- Organisation und Durchführung Diabetesberatung und -schulungen durch Diabetesberater(-in) (Deutsche Diabetes Gesellschaft)
- Modernes Wundmanagement durch nach ICW (Initiative chronische Wunden e.V.) ausgebildete Fachkräfte und einem für alle zugängliches Wundmanual. Kooperation mit HomeCare -Unternehmen Publicare® zur strukturierten Überleitung von Patienten mit Wund-, Stoma- und Inkontinenzproblemen
- Stillberatung in Kooperation mit dem Krankenhaus Holweide
- Organisation und Durchführung von Praktika für Rettungssanitäter, Rettungsassistenten, Berufsfindung, Medizinstudenten und im Rahmen 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
- Supervisions- und Coachingangebote für ausgewählte Bereiche bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP03	Angehörigenbetreuung / -beratung / -seminare z.B. speziell in Neonatologie, Neuropädiatrie, päd. Onkologie https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Familienorientierte_Betreuung_und_Beratung.htm?ActiveID=3753
MP54	Asthmaschulung mehr Informationen unter: https://www.kliniken-koeln.de/Kinder_und_Jugendmedizin_Allergologie.htm oder auch bei dem Kölner Förderverein für das Allergie- und Asthmakranke Kind e.V (FAAK): https://www.faaak-koeln.de/
MP04	Atemgymnastik / -therapie Physiotherapie
MP55	Audiometrie / Hördiagnostik Audiometrie (OAE) in der Abteilung Neuropädiatrie
MP06	Basale Stimulation
MP08	Berufsberatung / Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen / Konzepte der Betreuung von Sterbenden z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung
MP57	Biofeedback-Therapie Urodynamik
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und / oder Kinder)
MP14	Diät- und Ernährungsberatung 2 Diätberaterinnen in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (KJM) Angebote für chronisch Kranke: https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Familienorientiert_Angebote_fuer_chronisch_Kranke.htm?ActiveID=3753
MP15	Entlassmanagement / Brückenpflege / Überleitungspflege
MP16	Ergotherapie / Arbeitstherapie
MP17	Fallmanagement / Case Management / Primary Nursing / Bezugspflege
MP19	Geburtsvorbereitungskurse / Schwangerschaftsgymnastik in Kooperation mit dem Krankenhaus Holweide
MP21	Kinästhetik
MP22	Kontinenztraining / Inkontinenzberatung Sowohl in KJM als auch als Schwerpunkt in der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie
MP23	Kreativtherapie / Kunsttherapie / Theatertherapie / Bibliothek
MP24	Manuelle Lymphdrainage
MP25	Massage
MP27	Musiktherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot Unterricht für schulpflichtige Kinder und „Spielewelt“, Krankenhausschule https://www.kliniken-koeln.de/Schule_fuer_Kranke.htm
MP32	Physiotherapie / Krankengymnastik als Einzel- und / oder Gruppentherapie
MP34	Psychologisches / psychotherapeutisches Leistungsangebot / Psychosozialdienst
MP35	Rückenschule / Haltungsschulung / Wirbelsäulengymnastik
MP36	Säuglingspflegekurse
MP37	Schmerztherapie / -management speziell auf der Station für chronisch Kranke und im postoperativen Bereich

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP38	Sehschule / Orthoptik Pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt im KKH Amsterdamer Straße
MP62	Snoezelen Neuropädiatrie, Neonatologie (Snoezelen: Wortschöpfung aus den beiden holländischen Worten „snuffelen“(schnüffeln, schnuppern) und „doezelen“(dösen, schlummern))
MP63	Sozialdienst Casemanagement und Sozialberatung [[https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Familienorientiert__Sozialdienst.htm]]
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen z. B. bei Pouch-Operationen
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen (für Eltern und Kinder) https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Familienorientiert__Ernaehrungs__und_Diaetberatung.htm
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern / Hebammen in Kooperation mit dem Krankenhaus Holweide
MP11	Sporttherapie / Bewegungstherapie
MP43	Stillberatung https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Familienorientiert__Stillberatung.htm
MP44	Stimm- und Sprachtherapie / Logopädie
MP45	Stomatherapie / -beratung Kinderchirurgie, Gastroenterologie
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln / Orthopädietechnik in Kooperation mit einem Orthopädischem Sanitätshaus und der Uniklinik Köln
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und / oder Kinder
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
MP50	Wochenbettgymnastik / Rückbildungsgymnastik in Kooperation mit dem Krankenhaus Holweide
MP51	Wundmanagement in Kooperation mit dem Krankenhaus Holweide und dem Krankenhaus Merheim
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen / Angebot ambulanter Pflege / Kurzzeitpflege / Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit / Kontakt zu Selbsthilfegruppen über den Sozialdienst: [[https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Familienorientiert__Sozialdienst.htm]]
MP01	Akupressur

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM02	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer (in speziellen Fällen)	
NM03	Patientenzimmer: Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (in speziellen Fällen)	
NM05	Patientenzimmer: Mutter-Kind-Zimmer [z. B. Anzahl] nach Verfügbarkeit und Anfrage	
NM10	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer [z. B. Anzahl] nach Verfügbarkeit und Anfrage	
NM11	Patientenzimmer: Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle (in speziellen Fällen)	
NM14	Ausstattung der Patientenzimmer: Fernsehgerät am Bett / im Zimmer (kostenloses Fernsehen zum großen Teil etabliert)	Kosten pro Tag: 0,00 Euro
NM19	Ausstattung der Patientenzimmer: Wertfach / Tresor am Bett / im Zimmer teilweise	
NM01	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum (auf den Stationen, in der Spielewelt und in Kooperation mit dem Ronald Mc Donald Haus) zusätzlich besteht ein wöchentliches therapeutisches Angebot durch Klinik-Clowns	https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Familienorientiert___Sp
NM30	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen Parkhaus - 14 Tage Ticket 40€ 30 Minuten kostenfreies Parken möglich	Kosten pro Tag: 10,00 Euro (maximal) Kosten pro Stunde: 1,25 Euro (maximal)
NM48	Besondere Ausstattung des Krankenhauses: Geldautomat	
NM50	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Kinderbetreuung und Betreuung der Geschwisterkinder durch Erzieherinnen	
NM62	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Schulteilnahme in externer Schule / Einrichtung Johann-Christoph-Winters-Schule	https://www.kliniken-koeln.de/Schule_fuer_Kranke.htm
NM63	Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder: Schule im Krankenhaus	https://www.kliniken-koeln.de/KJPP_-Schule_fuer_Kranke.htm
NM07	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Rooming-in Die Mitaufnahme eines Sorgeberechtigten ist möglich.	

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben
NM09	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM42	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Seelsorge	https://www.kliniken-koeln.de/-Seelsorge_Kinderkrankenhaus.htm
NM49	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen	https://www.kliniken-koeln.de/-Kinderkrankenhaus_-Familienorientierte_Betreuung_und_-Beratung.htm?ActiveID=3753
	Familienorientierte Betreuung und Beratung	
NM60	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	https://www.kliniken-koeln.de/-Kinderkrankenhaus_-Familienorientiert_Sozialdienst.-htm?ActiveID=3754
	Zusammenarbeit mit vielen krankheitsspezifischen Selbsthilfegruppen	
NM66	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	z. B. jüdische, muslimische Ernährung, vegetarische oder vegane Küche, sowie Lactose- oder Glutenfreie Kost
NM67	Individuelle Hilfs- und Serviceangebote: Andachtsraum	
	Kapelle	
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. (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug
BF11	Besondere personelle Unterstützung
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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

Das Kinderkrankenhaus ist Lehrkrankenhaus der Universität zu Köln. Die Leiter der verschiedenen Abteilungen des Kinderkrankenhauses erfüllen Lehraufträge der Universität Köln im PJ Studentenunterricht. PJ Studierende werden nach Einteilung durch das Dekanat und Zuweisung an die Kliniken im Bereich der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgebildet. Habilitierte Ärzte und Professoren des Kinderkrankenhauses führen Lehrveranstaltungen für Studierende der Universität zu Köln durch, die im Vorlesungsverzeichnis der Universität Köln regelmäßig angeboten werden. Ebenso werden Doktoranden, z. B. zu klinisch pädiatrischen Fragestellungen oder kinderchirurgischen Themen, im Kinderkrankenhaus betreut.

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen / Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
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 Herausgeber der Mitteilungsseiten der DGKJ in der Monatsschrift Kinderheilkunde; Prof. Boemers: "Die Urologie" Band 2, urologische Aspekte bei Anorektalen Fehlbildungen, Kapitel 182
FL09	Doktorandenbetreuung

Weitere Informationen zur Forschung sind im Abschnitt "A-8.3: Forschungsschwerpunkte" dargestellt.

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 Caritas Akademie Hohenlind)
- 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
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)
	Die Kliniken der Stadt Köln stellen 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

Den Schwerpunkten der Abteilungen entsprechend bestehen zahlreiche klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte, in denen Spezialisten des Hauses auf nationaler und internationaler Ebene an pädiatrischer, klinischer und Grundlagen-orientierter Forschung, auch in Kooperation mit universitären Einrichtungen, teilnehmen.

Forschungsgebiete:

Kinderanästhesie

- Patientensicherheit

- Schmerztherapie
- Sepsis
- Kardiovaskuläres Monitoring
- Atemwegssicherung / schwieriger Atemweg
- Arzneimittelsicherheit
- Maligne Hyperthermie
- Analgosedierung

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie

- Molekulargenetische Untersuchungen zur Genese der Blasenektrophie und anorektaler Fehlbildungen
- Klinische Studie zum Verlauf nach Blasenaugmentation im Kindesalter
- Bauchwanddefekte, Studie Omphalozele
- Pränatale Studie zu liver-up Zwerchfellhernie
- Konservative Behandlung der Appendizitis

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

- Identifikation und Aufklärung primärer, angeborener Immundefekte (pädiatrische Immunologie)
- Diagnostik und Therapie von Infektionskrankheiten (pädiatrische Infektiologie)
- Langzeitbetreuung von Patienten mit Spina bifida von Pränataldiagnostik bis zur Behandlung von Erwachsenen
- Latexallergien bei Risikopatienten in einer pädiatrischen Klinik
- Lebensqualität bei pädiatrischen Patienten mit chronischen Erkrankungen, Rheuma, Diabetes mellitus und andere
- Behandlung hämato-onkologischer Patienten im Rahmen nationaler Studien
- Nicht-invasive Diagnostik von Herzfehlern mit dreidimensionaler Echokardiographie
- Diagnostik und Therapie verschiedener Epilepsieformen im Kindesalter
- Langzeitbetreuung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
- Vergleich unterschiedlicher Beatmungsformen bei Frühgeborenen
- Inzidenz, Diagnostik bei Kindern mit atopischen Erkrankungen (Neurodermitis, Pollinose, Asthma bronchiale, Anaphylaxie)
- Neugeborenencreening auf Sichelzellkrankheit mittels Tandemmassenspektrometrie (in Kooperation mit Charité, Berlin)
- Synchrone Detektion von Tyrosinämie, Biotinidasemangel und Sichelzellkrankheit durch Tandemmassenspektrometrie (in Kooperation mit Charité, Berlin)
- MyMate&Me: eine Smartphone-App für Jugendliche mit einer Sichelzellkrankheit oder einer Thalassämie (in Kooperation mit Charité, Berlin)

Radiologische Abteilung

- Sonographie mit Kontrastmittel bei soliden Tumoren

- Sonographie mit Kontrastmittel bei Organverletzungen
- Studie zur Angstreduktion bei der Magnetresonanztomographie (MRT) in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Medieninformatik der Fakultät für Ingenieurwissenschaften der Universität Duisburg-Essen

Publikationen

Publikationen der Kinderanästhesiologie

- Publikationen zum schwierigen Atemweg
- Publikationen zur Sicherheit von Medikamentenapplikationen
- Publikationen zur Anwendung des Notfalllineals
- Publikationen zu Fehlbildungen der oberen Atemwege
- Klein T, Kaufmann J, Wendenburg W et al. Das brandverletzte Kind. Notfall + Rettungsmedizin 2018; 22: 313-321, DOI: 10.1007/s10049-018-0485-9
- Kaufmann J, Wappler F. Kinderanästhesie. In: Wilhelm W, Hrsg. Praxis der Anästhesiologie: Springer; 2018:649-696
- Kaufmann J, Schieren M, Wappler F. Medication errors in paediatric anaesthesia-a cultural change is urgently needed! British journal of anaesthesia 2018; 120: 601-603, DOI: 10.1016/j.bja.2017.12.008
- Kaufmann J, Roth B, Engelhardt T et al. Development and Prospective Federal State-Wide Evaluation of a Device for Height-Based Dose Recommendations in Prehospital Pediatric Emergencies: A Simple Tool to Prevent Most Severe Drug Errors. Prehosp Emerg Care 2018; 22: 252-259, DOI: 10.1080/10903127.2016.1248257
- Kaufmann J, Laschat M, Wappler F. [Safe Paediatric Anaesthesia: Update on Drug Safety]. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2018; 53: 741-752, DOI: 10.1055/a-0575-0536
- Kaufmann J, Laschat M, Wappler F. Präklinische Versorgung von Kindernotfällen. Refresher Course der DAAF 2018; 44: 299-311,
- Kaufmann J, Laschat M, Wappler F. [What to Do When a Child Is Choking?]. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2018; 53: 48-60, DOI: 10.1055/s-0042-120991
- Kaufmann J. Medikamentensicherheit bei der Versorgung von Kindern. In: Böttiger BW, Kuckelt W, Hrsg. Jahrbuch Intensivmedizin 2019. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2018:409-417
- Kaufmann J. Outcome und Frühgeborene - alles ganz anders? Anaesth Intensivmed 2018; 59: S535,
- Kaufmann J. Kommentar zu: Mukopolysaccharidose: Hohes Anästhesierisiko bei Kindern. Journal Club AINS 2018; 7: 148-150, DOI: 10.1055/a-0636-8736
- Kaufmann J. Kommentar zu: Intranasales Ketamin wirksam bei Kindern mit frischen Frakturen. Journal Club AINS 2018; 7: 27-29, DOI: 10.1055/a-0583-3595
- Kaufmann J. ff-A304.2 Perioperative Schmerztherapie bei Kindern. Anästhesie Intensivmed 2018; 59: S287,
- Kaufmann J. Medikamentenverwechslung und Dosierungsfehler. Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung 2018: 63-66,
- Hohn A, Trieschmann U, Kaufmann J et al. Effects of implementation of a specialised paediatric anaesthesia team and training programme on

incidences of perioperative cardiac arrest: a before and after analysis. Eur J Anaesthesiol 2018; 35: 139,

- Hohn A, Trieschmann U, Franklin J et al. PO-101.5 Inzidenz perioperativer Cardiac Arrests in der Kinderanästhesie vor und nach Implementierung eines spezialisierten Kinderanästhesieteams und Trainingsprogrammes (K) Anästhesie Intensivmed 2018; 59: S134,

Publikationen der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie

- Die Urologie , Band 2 , urologische Aspekte bei Anorektalen Fehlbildungen, Kapitel 182 verfaßt durch Prof. Boemers
- KJPP: Prof. Wewetzer ist Mitherausgeber des mittlerweile in 3. Auflage in Vorbereitung befindlichen Standardwerks für „Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter“. Prof. Wewetzer und Frau Dipl.-Psych. G. Wewetzer sind Autoren des Buches „Ratgeber Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen" 2014
- Publikationen der Daten des „Köln Pouch“ (kontinente Harnableitung in ausgeschaltete Sigmaschlinge)
- Publikation über Ösophagusstrikturoplastiken bei Ösophagusatresiepatienten
- Publikation über gestapelte ACE-Stoma (kontinentes Katheter-Stoma zur Darmspülung)
- Publikation der Daten der konservativen Therapie großer Omphalozele
- Publikation der Methode des Rektumtapering beim Megarektosigmoid
- Pränatale Studie zur Ductus venosus Agenesie als prognostisch positiver Faktor bei linksseitigen Zwerchfellhernie
- Mehrere Publikationen in Zusammenarbeit mit der Rechtsmedizin der Universitätsklinik Köln

Publikationen der Kinder- und Jugendmedizin in 2018:

- Plamper M, Schreiner F, Gohlke B, Kionke J, Korsch E, Kirkpatrick J, Born M, Aretz S, Woelfle J. Thyroid disease in children and adolescents with PTEN hamartoma tumor syndrome (PHTS). European Journal of Pediatrics. European Journal of Pediatrics 2018, Volume 177;3:429-435. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3067-9>
- Lanvers, Elena, Hannah Henric-Petri and Eckhard Korsch. Angel-Wing Sign-What Goes Up Must Come Down. Prog Asp in Pediatric & Neonat 1(3)-2018. PAPN.MS.ID.000115.
- Korsch Eckhard. Die Altersfeststellung aus medizinischer Perspektive. In: Dittmann E, Kühnel S, Müller H. Dokumentation des Länder-Fachgespräches Behördliche Altersfeststellung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen am 19.03.2018, Berlin. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz gemeinnützige GmbH (ism gGmbH) 2018
- Weissenfels PC, Woelfle J, Korsch E, Joergens M, Gohlke B. Inconsistencies in the management of neonates born to mothers with "thyroid diseases". Eur J Pediatr. 2018 Nov;177(11):1711-1718. doi: 10.1007/s00431-018-3232-9. Epub 2018 Sep 5.
- Korsch E. Bronchiolitis Blues - But Blues, that "touches the soul and inspires the mind" [comment] reg. Mansbach JM, Hasegawa K. Overcoming the Bronchiolitis Blues: Embracing Global Collaboration and Disease Heterogeneity. Pediatrics. 2018 Sep;142(3). pii: e20181982. doi: 10.1542/peds.2018-1982. Pediatrics (Oktober 15, 2018),

<http://pediatrics.aappublications.org/content/142/3/e20181982.comments>
(accessed October 17, 2018).

- Korsch E. Kremens-Korsch U. Does a child with severe cognitive impairment wish to be taller by having growth hormone therapy? [comment] reg. Horne VE, Sandberg DE, Gardner M, Lantos JD, Allen DB. Growth Hormone Therapy for a Child With Severe Cognitive Impairment. Pediatrics. 2018 Oct;142(4). pii: e20173938. doi: 10.1542/peds.2017-3938. Pediatrics (November 12, 2018), <http://pediatrics.aappublications.org/content/142/4/e20173938.comments> (accessed November 29, 2018).
- Korsch E. Pseudohypoparathyreoidismus Typ 1a - Manifestation als Hypothyreose beim jungen Säugling. Monatsschr Kinderheilk 2018; 166:802-807, <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0286-0>
- Gohlke B. et al. Diagnostik bei Neugeborenen von Müttern mit Schilddrüsenfunktionsstörungen (Langversion). Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) e.V. AWMF-Register-Nummer Nr. 174-024 - Klasse: S2k. Version 1.0 (Dezember 2018). https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-024l_S2k_Diagnostik-bei-Neugeborenen-von-Muettern-mit-Schilddruesenfunktionsstoerungen_2019-02.pdf
- Gohlke B. Leitlinienreport zur S2k Leitlinie: Diagnostik bei Neugeborenen von Müttern mit Schilddrüsenfunktionsstörungen. AWMF-Register-Nummer: 174-024, Version 1.0 (Dezember 2018) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/174-024m_S2k_Diagnostik-bei-Neugeborenen-von-Muettern-mit-Schilddruesenfunktionsstoerungen_2019-02.pdf
- König, M., Siegmund, D., Raszeja, L.J., Prokop, A., and Metzler-Nolte, N.; Resistance-breaking profiling and gene expression analysis on an organometallic ReI-phenanthridine complex reveal parallel activation of two apoptotic pathways. Journal of Medicinal Chemistry, 2018, 9: 173-180
- Dragoun, M., Günther, T., Frias, C., Berkessel, A., Prokop, A.; Metal-free salan-type compound induces apoptosis and overcomes multidrug resistance in leukemic and lymphoma cells in vitro. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology, 2018, 144 (4): 685 - 695
- Krull, K., Kunstreich, M., Bronsema, A., Bleckmann, K., Classen, C.-F., Erdlenbruch, B., Jorch, N., Kolb, R., Leipold, A., Prokop, A., Scheurlen, W., Steinbach, D., Weber, C., Klasen-Sansone, J., Klee, D., Escherich, G., Moericke, A., Schrappe, M., Borkhardt, A., and Kuhlen, M.; Osteonecrosis in children with ALL at initial diagnosis and prior to any chemotherapy. Leukemia & Lymphoma, 2018, 1 - 7
- Zernikow, B., Maaßen, K., Hübner-Möhler, B., Wager, J., Paulussen, M., Lassay, L., Jorch, N., Dilloo, D., Schneider, D., Janßen, G., Oommen, P.T., Kuhlen, M., Brune, T., Wieland, R., Kremens, B., Längler, A., Prokop, A., Niehues, T., MD B. Köster, B., Rose, M., Baumann-Köhler, M., Irnich, M., Kiener, R., Sinha, K., Wolfe, J., and Schmidt, P.; Specialized pediatric palliative care services for children dying from cancer: developments of symptom management and quality of care over a 10-year period. Journal of Palliative Medicine, 2018
- Oschwald, V., Prokop, A., Böhme, J., Gressler, N., Harscheidt, F., Maas, V., Bloch, W., Baumann, F.T., Julia Daeggelmann, J.; Limited walking abilities and impaired ankle dorsiflexion function in children after intense cancer treatment. Klinische Pädiatrie, 2018

- Schmidt, C., Albrecht, L., Balasupramaniam, S., Misgeld, R., Karge, B., Brönstrup, M., Prokop, A., Baumann, K., Reichl, S., and Ott, I.; A gold(I) biscarbene complex with improved activity as TrxR inhibitor and cytotoxic drug: comparative studies with different gold metallodrugs. *Metallomics*, 2018
- Rustler, V., Prokop, A., Baumann, F., Streckmann, F., Bloch, W. , and Däggelmann, J.; Whole-body vibration training designed to improve functional impairments after pediatric inpatient anticancer therapy: A pilot study. *Pediatric physical therapy: the official publication of the section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 2018, 30 (4): 341 - 349
- Rustler, V., Prokop, A., Böhme, J., Scheiner, H., Gressler, N., Bloch, W.,1, Baumann, F.T., und Däggelmann, J.; Teilnahmequoten einer stationären Sporttherapie für krebskranke Kinder und Jugendliche unter Chemotherapie. *Deutscher Olympischer Sportärztekongress DGSP in Hamburg*, 05/2018
- Stein, A., Thomopoulou, P., Schulte, T., Gigant, B., Prokop, A., Schmalz, H.-G.; Adventures in the synthesis and biological evaluation of novel "reactive" Colchicine-derived compounds. *ISCNP in Athen*, 11/2018
- Wolff, F., Cremer R.: Gynäkologische Therapie von Mädchen und Frauen mit Spina bifida. In: Michael Th. Et al (Hrsg.) *Spina bifida, interdisziplinäre Diagnostik, Therapie und Beratung*. Walter De Gruyter, Berlin/Boston 2018, S. 246-254
- Lapilover P., Blümchen K., Cremer R.: Naturlatexsensibilisierung und -allergie. In: Michael Th. Et al (Hrsg.) *Spina bifida, interdisziplinäre Diagnostik, Therapie und Beratung*. Walter De Gruyter, Berlin/Boston 2018, S. 277-286
- Weiß, M., Niehues, T.: Gesteigerte Infektionsanfälligkeit: Abwehrschwäche und/oder fehlreguliertes Immunsystem. In: D. Michalk, E. Schönau (Hrsg.). *Differentialdiagnose Pädiatrie*, 4. Auflage, pp 15-25, Elsevier Verlag, München, 2018
- Weiß, M., Henneke, P., Niehues, T.: Asplenie (Kapitel 12.5). In: Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie e.V. (Hrsg.). *DGPI-Handbuch: Infektionen bei Kindern und Jugendlichen*, 7. Auflage, pp 144-147, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2018
- Kallinich, T., Duppenenthaler A., Hospach, A., Weiß, M.: Fieber unklarer Genese (Kapitel 37). In: Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie e.V. (Hrsg.). *DGPI-Handbuch: Infektionen bei Kindern und Jugendlichen*, 7. Auflage, pp 303-312, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2018
- Ley, Y., Weiß, M., Samel, C., Hoppenz, M.: Outcome von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit im Perinatalzentrum Köln-Holweide. 44. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (Abstract GNPI 2018). Rostock, 7.-9. Juni, 2018
- Weiß, M.: Immunmangelkrankheit oder Immundefekt? 51. Internationaler Oster-Seminar-Kongress für pädiatrische Fortbildung, Brixen, 25.-31. März, 2018
- Weiß, M.: Pädiatrie, Infektiologie und Kinderchirurgie - vom Fieber unklarer Ursache bis zur Asplenie. Vortrag auf der Mitgliederversammlung der DGKCH, Verleihung der Ehrenmitgliedschaft (18.04.2018). 56. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH), 135. Kongress Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 17.-20. April, 2018

Publikationen der Radiologischen Abteilung

Buchartikel „Bildgebung des Thorax bei Neugeborenen und Kleinkindern“, Hrsg. Riccabona, Beer, Mentzel, Springer-Verlag 2018

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Bettenzahl: 204

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fälle: 9.982

Teilstationäre Fälle: 2

Ambulante Fälle:

– Fallzählweise: 50.830

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	104,76
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	104,76
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	80,11
– davon ambulante Versorgungsformen	24,65
Fachärztinnen/ –ärzte	64,52
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	64,52
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	50,54
– davon ambulante Versorgungsformen	13,98

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

A-11.2 Pflegepersonal

Folgende akademische Abschlüsse liegen vor:

- Diplom-Pflegemanager/-in (FH)
- Diplom-Pflegewirt/-in (FH)
- Diplom-Berufspädagoge/-in (FH)
- Master of Arts (M.A.), Management Gesundheits- und Sozialwesen
- Diplom-Sozialarbeiter/-in (FH)
- Diplom-Sozialpädagogen/-in (FH)

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

Personal des Krankenhauses insgesamt

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	15,56	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	15,56	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	11,94	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,62	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	233,05	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	226,76	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	6,29	
– davon stationäre Versorgung	170,28	
– davon ambulante Versorgungsformen	62,77	
Krankenpflegehelfer/ -innen	1,13	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon stationäre Versorgung	0,8	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,33	
Pflegehelfer/ -innen	3,72	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,71	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	2,71	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,02	
Operationstechnische Assistenz	5,36	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,56	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,8	
Medizinische Fachangestellte	11,7	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,7	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	8	
– davon ambulante Versorgungsformen	3,7	

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	2
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,46
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,54

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl ¹
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	5,44
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,44
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,97
	– davon ambulante Versorgungsformen	1,47
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	1,66
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,66
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,21
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,45
SP06	Erzieher und Erzieherin	1,55
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,55
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,13
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,42
SP14	Logopäde und Logopädin / Klinischer Linguist und Klinische Linguistin / Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin / Phonetiker und Phonetikerin	1,52
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,52
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,11
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,41
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	14,11
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	14,11
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	10,31
	– davon ambulante Versorgungsformen	3,81
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	5,37
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,37
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	3,92
	– davon ambulante Versorgungsformen	1,45
SP20	Pädagoge und Pädagogin / Lehrer und Lehrerin	1,73
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,73
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,26
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,47
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	1,43
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,43
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	1,04
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,38
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	2,96
	– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,96
	– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
	– davon stationäre Versorgung	2,16
	– davon ambulante Versorgungsformen	0,8

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 Thuesing
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- & 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 Thuesing
 Funktion / Arbeitsschwerpunkt: Leiter der Abteilung Qualitäts- & 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: Dekubitusprophylaxe Letzte Aktualisierung: 19.02.2019
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 Patientenverwechslungen
	Name: siehe 15. Letzte Aktualisierung: 19.09.2017
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung
	Name: Verfahrensanweisung OP Kurz-Bericht (VA von Merheim wird für Riehl 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
- 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

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	4
Hygienefachkräfte (HFK)	11
11 HFK sind für die drei Betriebsteile der Kliniken der Stadt Köln gGmbH zuständig.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	32
(geschulte Hygienementoren)	

¹ Anzahl der Personen

Hygienekommission: ja

Vorsitzende / Vorsitzender

Name: Herr Dr. Reinhold Cremer
 Funktion / Arbeits-
 schwerpunkt: Ltd. OA Pädiatrie
 Telefon: 0221 / 8907 - 5438
 Telefax: 0221 / 8907 - 5330
 E-Mail: CremerR@kliniken-koeln.de

Tagungsfrequenz der Hygienekommission

Tagungsfrequenz: quartalsweise

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 Antibiotikaprophylaxe liegt vor: ja

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

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

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung ja
 und Verbandwechsel liegt vor:

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 ja
 die Arzneimittelkommission oder die
 Hygienekommission autorisiert:

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf ja
 Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 197 ml/Patiententag
 Intensivstationen:
 Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf ja
 Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr
 erhoben:
 Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen 104 ml/Patiententag
 Allgemeinstationen:
 Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs ja
 erfolgt auch stationsbezogen:

Der Verbrauch liegt auf allen Stationen oberhalb des Median der Referenzdaten.

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 Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen	ja

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

Für Patienten mit MRE Besiedlungen werden spezifische Infektionspräventionsmaßnahmen angeboten.

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
	Die hauseigenen Ergebnisse werden kontinuierlich mit Referenzdaten abgeglichen.	
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 Bronze
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygiene-bezogenen Themen	
	Zusätzlich zu den Schulungen vor Ort erfolgt verpflichtend 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 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.	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	
	Geregelt in der Verfahrensweisung "Umgang mit Wünschen und Beschwerden"	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	
	In einer Verfahrensweisung zum Umgang mit Wünschen und Beschwerden sind Zeitziele von max. sieben Bearbeitungstagen bis zur Erstantwort von schriftlich eingehenden Beschwerden definiert.	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	M.A. Franziska Jacob Qualitäts- und Beschwerdemanagement Telefon: 0221 / 8907 - 2813 Telefax: 0221 / 8907 - 2285 E-Mail: QM@kliniken-koeln.de MSc Ute Westphal Qualitätsmanagement Telefon: 0221 / 8907 - 2429 Telefax: 0221 / 8907 - 2863 E-Mail: QM@kliniken-koeln.de
	Weiterer Ansprechpartner ist der Patientenfürsprecher, der einmal wöchentlich vor Ort ist.	
BM07	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	Klaus Wiedemann Patientenfürsprecher Telefon: 0221 / 8907 - 15081 Telefax: 0221 / 8907 - 5159 E-Mail: WiedemannK@kliniken-koeln.de
	Der Patientenfürsprecher ist einmal wöchentlich im Haus und bearbeitet telefonisch, persönlich oder schriftlich die 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/Kinderkrankenhaus_Patientenfursprecher_Kontaktformular.htm]]	
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Kontaktformular: https://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Patientenfursprecher_Kontaktformular.htm
	Meinungsbögen können auch anonym genutzt werden, ebenso steht der Patientenfürsprecher auf Wunsch für eine anonymisierte Beschwerde zur Verfügung (siehe Aushänge und Flyer in der Eingangshalle oder auf den Stationen). Auch über das Kontaktformular ist eine anonyme Rückmeldung möglich.	
BM09	Patientenbefragungen	
	Regelmäßige Patientenbefragungen werden durchgeführt: Eine kontinuierliche Eltern-(Patienten) -befragung wurde 2017 eingeführt. Ein Jahresbericht wird jährlich intern veröffentlicht.	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar / Erläuterung
BM10	Einweiserbefragungen	
	Einweiserbefragungen werden regelmäßig durchgeführt.; im Jahr 2017 fand die aktuellste 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
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	Gerät zur Gefäßdarstellung	☒
	AXIOM Luminos TF, Fa. Siemens		
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	☒
	Stephanie / Sophie, Fa. Stephan		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	☒
	in Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	☐
	Neurofax EEG-1200, Fa. Nihon Kohden		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	☐
	Neuropack µ MEB-9402 G, Fa. Nihon Kohden		
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		☒
	in Kooperation mit dem KH St. Augustin (ECMO-Kooperation)		
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	☒
	Caleo, Fa. Dräger		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	☐
	in Kooperation mit den Krankenhäusern Holweide, Merheim		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	☒
	Achieva 1,5 T, Fa. Philips		
AA33	Uroflow / Blasendruckmessung / Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	☐
	Urodyn 1000, Fa. Natus		

¹ 24h: Notfallverfügbarkeit 24 Stunden am Tag sichergestellt

B

Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

1 Klinik für Anästhesiologie.....	43
2 Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder.....	48
3 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum und Perinatalzentrum.....	64
4 Radiologische Abteilung.....	90
5 Institut für Transfusionsmedizin.....	97
6 Institut für Hygiene.....	104
7 Institut für Pathologie.....	107

B-1 Klinik für Anästhesiologie

B-1.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Anästhesiologie

Name: Klinik für Anästhesiologie

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Frank Wappler

Funktion / Chefarzt

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 5264

Telefax: 0221 / 8907 - 5494

E-Mail: WapplerF@kliniken-koeln.de

Straße: Amsterdamer Straße 59

PLZ / Ort: 50735 Köln

Name: Dr. med. Michael Laschat

Funktion / Leitender Oberarzt

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 5264

Telefax: 0221 / 8907 - 5494

E-Mail: LaschatM@kliniken-koeln.de

Straße: Amsterdamer Straße 59

PLZ / Ort: 50735 Köln

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

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 Klinik für Anästhesiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Sonstige medizinische Bereiche
VX00	Anästhesie
	VX00 Schmerztherapie
VX00	VX00 Endoskopie
VX00	VX00 Schmerztherapie

Weitere Informationen über den Leistungsbereich erfahren Sie auf unserer Homepage unter https://www.kliniken-koeln.de/Kinderanaesthesiologie_Startseite.htm?ActiveID=1042

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Anästhesiologie

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 (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE ¹ auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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 Klinik für Anästhesiologie

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Die Fallzahlen sind in den einzelnen Fachabteilungen abgebildet, für die die anästhesiologische Leistung erbracht wurde.

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Weitere Prozeduren sind unter den einzelnen Fachabteilungen abgebildet, für die diese erbracht wurden

Im Jahr 2016 wurden durch die Kinderanästhesie an die 6.500 Narkosen im Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße durchgeführt.

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	247
2	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	186
3	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	134

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Prämedikationsambulanz

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
Präoperative Risikoevaluierung sowie Beratung bei angeborenen und erworbenen Fehlbildungen von Kehlkopf, Speiseröhre und Trachea.

Die Klinik für Kinderanästhesiologie führt Allgemeinanästhesien, Regionalanästhesien sowie Kombinationsanästhesien bei kinderchirurgischen und kinderurologischen Eingriffen, zahnärztlichen oder augenärztlichen Interventionen und HNO-Eingriffen durch. Darüber hinaus erfolgt die ambulante Endoskopie der oberen Luftwege sowie diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Einengung der Atemwege.

Ambulante Leistungen sind nach einer Überweisung in das Kinderkrankenhaus nach Absprache möglich.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Bei den ambulanten Operationen im Kinderkrankenhaus wurden entsprechend der Indikation angemessene Narkoseformen durch die Anästhesie durchgeführt.

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)	11,43
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,43
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,92
– davon ambulante Versorgungsformen	1,51
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	11,43
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	11,43
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	9,92
– davon ambulante Versorgungsformen	1,51
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
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

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	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	10,58	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	10,58	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	9,19	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,4	
Krankenpflegehelfer/ –innen	0,02	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,02	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,02	
– 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
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ18	Pflege in der Endoskopie

**B-2 Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit
Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder****B-2.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für
Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für
schwerbrandverletzte Kinder**

Name: Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für
schwerbrandverletzte Kinder

Art: Hauptabteilung

Chefärzte

Name: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Boemers

Funktion / Chefarzt

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 5261

Telefax: 0221 / 8907 - 5492

E-Mail: kinderchirurgie@kliniken-koeln.de

Straße: Amsterdamer Str. 59

PLZ / Ort: 50735 Köln

**B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen der
Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für
Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für
schwerbrandverletzte Kinder**

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-2.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit /
Fachabteilung Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie
mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder**

Die Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie ist die größte kinderchirurgische Klinik Deutschlands und größtes Versorgungszentrum für operative Kindermedizin in Nordrhein-Westfalen. Sie besitzt neben den unten angegebenen Schwerpunkten eine zentrale Einheit von 4 Betten für schwerstbrandverletzte Kinder, die im Rahmen einer interdisziplinären Intensivstation vorgehalten werden. Zusätzlich verfügt die Klinik über eine Chirurgische Wachstation (Intermediate Care) von 15 Betten. Die Einheit dient insbesondere der postoperativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach großen Operationen, die jedoch keiner intensivmedizinischen Behandlung bedürfen.

Im November 2018 wurde die kinderchirurgische Tagesklinik mit aktuell 12 Betten eröffnet. Sie bietet von Montag bis Freitag die Möglichkeit, kleine kinderchirurgische oder anästhesiologische Operationen in einem kindgerechten Rahmen tagesstationär durchführen zu können. Damit tragen wir auch der zunehmenden Anfrage nach ambulanten bzw. tagesstationären Durchführung von Eingriffen bei Kindern Rechnung.

Als eine der wenige Kinderkliniken in Deutschland ist das Kinderkrankenhaus abteilungsübergreifend seit 2018 für Akutschmerztherapie über den TÜV Rheinland zertifiziert.

Die Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie vertritt das gesamte Spektrum der Kinderchirurgie und Kinderurologie und arbeitet im Bedarfsfall, bei speziellen Fragestellungen, mit den Spezialisten der verschiedenen Fachdisziplinen im Kinderkrankenhaus, im Krankenhaus Holweide, im Krankenhaus Merheim und dem

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte
Kinder

Kinderklinikum St. Augustin zusammen. Dies betrifft z.B. die pränatale Diagnostik und Behandlung von intrauterin erkannten Fehlbildungen. Die Klinik ist überregionales Referenzzentrum für Kinder mit anorektalen und kloakalen Fehlbildungen, Blasenektrophie und Epispadie und Erkrankungen der Speiseröhre und Luftröhre. Weitere Schwerpunkte sind die Kinderhandchirurgie, Kindertraumatologie und Kinderurologie.

Weitere Informationen über den Leistungsbereich erfahren Sie auf unserer Homepage unter https://www.kliniken-koeln.de/Kinderchirurgie_index.htm?ActiveID=1151

- Allgemeine Kinderchirurgie
- Neugeborenenchirurgie
- Viszeralchirurgie, und Abdominalchirurgie
- Thoraxchirurgie
- Tumorchirurgie
- Plastische Chirurgie bei Kindern
- Verbrennungschirurgie
- Hydrozephaluschirurgie
- Neurologie
- Kinderurologie
- Chirurgische Therapie bei komplexen Fehlbildungen der Blase, des Genitals und des Enddarms
- Operationen bei komplexen Fehlbildungen des Genitales und geschlechtlichen Differenzierungsstörungen
- Kinderkontinenztherapie
- Chirurgische Intervention bei Spina bifida, Hydrozephalus
- Kinderunfallchirurgie
- Kinderhandchirurgie
- Laserchirurgie im Kindesalter
- Hämangiombehandlung und vaskuläre Malformationen
- Minimalinvasive (laparoskopische) Chirurgie im Kindesalter
- Endoskopie im Kindesalter einschließlich gastroenterologischem Labor

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Augenheilkunde
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
	in Kooperation mit den Augenärzten Merheim
VA18	Laserchirurgie des Auges
	in Kooperation mit den Augenärzten Merheim
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC11	Thoraxchirurgie: Lungenchirurgie
VC12	Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
	Fehlbildungen der Lunge und des Zwerchfells

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC15	Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
	Videoassistierte Thorakoskopie (VATS)
VC20	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie
VC21	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Endokrine Chirurgie
VC22	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
VC23	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie
VC24	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie
VC62	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Portimplantation
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen
VC27	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Bandrekonstruktionen / Plastiken
VC29	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Behandlung von Dekubitalgeschwüren
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
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
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
	Es besteht die Kapazität für die Versorgung von vier Verbrennungspatienten.
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven
	bei Nervenverletzungen
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin
VC71	Allgemein: Notfallmedizin
	Notfälle werden auf den Intensivstationen betreut, chirurgische Notfallaufnahmen über die Ambulanz primärversorgt und dann weitergeleitet.
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie
VD11	Spezialsprechstunde
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
VD20	Wundheilungsstörungen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG16	Urogynäkologie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG15	Spezialsprechstunde
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH17	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH22	Rekonstruktive Chirurgie: Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO21	Traumatologie
VO16	Handchirurgie
VO15	Fußchirurgie
VO12	Kinderorthopädie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie
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
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie
VU14	Spezialsprechstunde
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose
	Es besteht eine Kooperation mit einem niedergelassenen Zahnarzt, der unsere kleinen und großen Patienten bei Bedarf in Narkose zahnärztlich versorgt und operiert.

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder

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 (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE ¹ auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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 Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder

Vollstationäre Fallzahl: 3.654

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder

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	244
2	S52	Knochenbruch des Unterarmes	226
3	K35	Akute Blinddarmentzündung	176
4	Q54	Fehlentwicklung der Harnröhre mit Öffnung der Harnröhre an der Unterseite des Penis	139
5	Q62	Angeborene Fehlbildung des Nierenbeckens bzw. angeborene Fehlbildung des Harnleiters mit Verengung oder Aufstauung von Harn	133
6	Q53	Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums	123
7	S39	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Verletzung des Bauches, der Lenden oder des Beckens	119
8	K40	Leistenbruch (Hernie)	116
9	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	93
10	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	91
11	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	86
12	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	65
13	T21	Verbrennung oder Verätzung des Rumpfes	63
14	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	59
15 – 1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	53
15 – 2	T17	Fremdkörper in den Atemwegen	53
17	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	51
18	Q43	Sonstige angeborene Fehlbildung des Darms	50
19 – 1	Q42	Angeborenes Fehlen oder angeborene(r) Verschluss bzw. Verengung des Dickdarms	46
19 – 2	S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	46
21	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	44
22	Q69	Angeborene Fehlbildung der Hand bzw. des Fußes mit Bildung überzähliger Finger bzw. Zehen	43
23	S01	Offene Wunde des Kopfes	41
24	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	38
25	Q55	Sonstige angeborene Fehlbildung der männlichen Geschlechtsorgane	36
26 – 1	N44	Drehung der Hoden mit Unterbrechung der Blutversorgung	35
26 – 2	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone	35
26 – 3	J38	Krankheit der Stimmklappen bzw. des Kehlkopfes	35
26 – 4	S61	Offene Wunde im Bereich des Handgelenkes bzw. der Hand	35
30 – 1	Q70	Angeborene Verwachsung von Fingern bzw. Zehen	34

B-2.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
T24	Verbrennung oder Verätzung der Hüfte bzw. des Beines, ausgenommen Knöchelregion und Fuß	32
T22	Verbrennung oder Verätzung der Schulter bzw. des Armes, ausgenommen Handgelenk und Hand	26
Q42.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus mit Fistel	22
Q43.7	Kloakenpersistenz	21
Q43.1	Hirschsprung-Krankheit	17
T23	Verbrennung oder Verätzung des Handgelenkes bzw. der Hand	17
T20	Verbrennung oder Verätzung des Kopfes bzw. des Halses	17
Q42.0	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Rektums mit Fistel	15
Q64.0	Epispadie	11
Q79.3	Gastroschisis	9
T25	Verbrennung oder Verätzung der Knöchelregion bzw. des Fußes	9
Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel	8
Q39.0	Ösophagusatresie ohne Fistel	8
Q42.3	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus ohne Fistel	6
R15	Unvermögen, den Stuhl zu halten (Stuhlinkontinenz)	6
Q43.5	Ektopia ani	5
Q64.1	Ekstrophie der Harnblase	4
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie	< 4
Q43.0	Meckel-Divertikel	< 4
Q39.2	Angeborene Ösophagotrachealfistel ohne Atresie	< 4

B-2.7 Prozeduren nach OPS

B-2.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	410
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	367
3	5-921	Operative Wundversorgung und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut bei Verbrennungen oder Verätzungen	335
4	5-923	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz bei Verbrennungen oder Verätzungen	244
5	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	242
6	5-645	Operative Korrektur einer unteren Harnröhrenspaltung beim Mann	177
7	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	171

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	169
9	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	163
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	149
11	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	137
12	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	135
13	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	134
14	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	132
15	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	112
16	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	111
17	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	106
18	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	99
19	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	95
20	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	91
21 – 1	5-983	Erneute Operation	88
21 – 2	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	88
21 – 3	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	88
24	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	81
25	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	80
26	5-917	Operative Auftrennung zusammengewachsener Finger oder Entfernung überzähliger Finger	79
27 – 1	5-469	Sonstige Operation am Darm	78
27 – 2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	78
29	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	70
30	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	65

B-2.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	58
5-925	Verpflanzung eines gänzlich abgetrennten Hautstücks oder eines Hautlappens mit erhaltenem Blutgefäßanschluss bei Verbrennungen oder Verätzungen[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	58

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-670	Untersuchung der Scheide durch eine Spiegelung	47
5-495	Operative Korrektur des Mastdarms und Afters bei angeborenen Fehlbildungen	36
1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	29
5-578	Sonstige wiederherstellende Operation an der Harnblase	23
5-918	Operative Auftrennung zusammengewachsener Zehen oder Entfernung überzähliger Zehen	22
5-568	Wiederherstellende Operation am Harnleiter	22
1-557	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mastdarm (Rektum) bzw. umliegendem Gewebe durch operativen Einschnitt	17
5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	11
5-716	Operativer Aufbau bzw. Wiederherstellung der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane (bzw. des Dammes)	11
5-537	Operativer Verschluss angeborener Bauchwandlücken	11
5-554	Operative Entfernung der Niere	9
5-428	Wiederherstellende Operation an der Speiseröhre bei angeborenem Speiseröhrenverschluss bzw. bei einer angeborenen Verbindung zwischen Luft- bzw. Speiseröhre	8
5-462	Anlegen eines künstlichen Darmausganges, als schützende Maßnahme im Rahmen einer anderen Operation	7
5-630	Operative Behandlung einer Krampfadern des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	7
5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	7
5-538	Operativer Verschluss eines Zwerchfellbruchs (Hernie)	7
5-644	Operative Korrektur einer oberen Harnröhrenspaltung beim Mann	6
5-484	Operative Mastdarmentfernung (Rektumresektion) mit Beibehaltung des Schließmuskels	6
5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	6
5-705	Operativer Aufbau der Scheide	5
5-853	Wiederherstellende Operation an Muskeln	5
5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	4
5-577	Operativer Ersatz der Harnblase	4
5-854	Wiederherstellende Operation an Sehnen	4
8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	< 4
5-512	Operative Herstellung einer Verbindung zwischen Gallenblase bzw. Gallengängen und Darm bei Verengung der ableitenden Gallenwege	< 4
5-530.31	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 4
5-466	Wiederherstellung der natürlichen Verbindung bei einem künstlichen (endständigen) Darmausgang	< 4

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine kinderchirurgische 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: Beurteilung aller kinderchirurgischen Erkrankungen

Angeborene Leistung
Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen
Thoraxchirurgie: Operationen wegen Thoraxtrauma
Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie
Thoraxchirurgie: Thorakoskopische Eingriffe
Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Ästhetische Chirurgie / Plastische Chirurgie
Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
Kinderchirurgie

Kinderurologische 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: Beurteilung aller kinderurologischen Erkrankungen

Angeborene 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 sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
Kinderurologie
Neuro-Urologie
Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
Tumorchirurgie
Spezialsprechstunde
Urogynäkologie
Inkontinenzchirurgie
Urogynäkologie

Pränatale 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: Beratung bei pränatal diagnostizierten Fehlbildungen

Angebotene Leistung
Pränataldiagnostik und -therapie
Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
Neonatalogie

Traumatologische 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
Physikalische Therapie
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
Kinderorthopädie
Spezialsprechstunde
Fußchirurgie
Handchirurgie
Traumatologie
Metall-/Fremdkörperentfernungen

Verbrennungssprechstunde

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: Beurteilung von Verbrennungen

Angebote Leistung
Spezialsprechstunde
Wundheilungsstörungen

Handchirurgische 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: Beurteilung von Fehlbildungen der Hand und Füße

Angebote Leistung
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Komplexe Fehlbildungen und Kontinenzprobleme

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: Therapie von umfassenden Fehlbildungen und Kontinenzproblemen

Angebote Leistung
Inkontinenzchirurgie
Urogynäkologie
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
Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
Urogynäkologie

Kindergynäkologische 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: Beratung bei kindergynäkologischen Fehlbildungen

Hämangiom 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)

Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit Zentrum für schwerbrandverletzte Kinder

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen
B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	286
2	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	184
3	5-984	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop	112
4	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	100
5 – 1	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	92
5 – 2	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	92
7	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	30
8	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	22
9	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	21
10	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	20
11	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	15
12	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	12
13	5-895	Ausgedehnte operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	11
14	5-841	Operation an den Bändern der Hand	10
15 – 1	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	7
15 – 2	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	7
15 – 3	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	7
18 – 1	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	6
18 – 2	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	6
20 – 1	5-983	Erneute Operation	5
20 – 2	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	5
22 – 1	5-849	Sonstige Operation an der Hand	4
22 – 2	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	4
24 – 1	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 4
24 – 2	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
24 – 3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
24 – 4	8-210	Mobilisierung eines versteiften Gelenkes unter Narkose - Brisement force	< 4
24 – 5	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	< 4
24 – 6	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	< 4
24 – 7	5-917	Operative Auftrennung zusammengewachsener Finger oder Entfernung überzähliger Finger	< 4

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

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

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)	22,11
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	22,11
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	14,69
– davon ambulante Versorgungsformen	7,42
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	9,74
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	9,74
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	6,47
– davon ambulante Versorgungsformen	3,27

¹ Anzahl der Vollkräfte

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ09	Kinderchirurgie
AQ60	Urologie
	mit europäischem Facharzt Kinderurologie (Fellow of the European Academy of Pediatric Urology)

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung - Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie

B-2.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ -innen	3,24	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,24	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,15	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,09	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -innen	68,08	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	66,11	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	1,97	
– davon stationäre Versorgung	45,23	
– davon ambulante Versorgungsformen	22,85	
Krankenpflegehelfer/ -innen	0,56	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	0,37	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,19	
Pflegehelfer/ -innen	1,25	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,25	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,83	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,42	
Operationstechnische Assistenz	5,36	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	5,36	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	3,56	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,8	
Medizinische Fachangestellte	3,52	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,52	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	2,34	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,18	

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
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Unter anderem auch in Verbindung mit dem Wundmanagement des Krankenhauses Merheim

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum und Perinatalzentrum

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin hat 152 stationäre Betten auf sechs allgemeinpädiatrischen Stationen (inkl. einer separaten Frühgeborenen- und einer Säuglingsstation) und zwei Intensivstationen (neonatologische und pädiatrisch-interdisziplinäre Intensivstation sowie Intensivstation im Perinatalzentrum Holweide). Die pflegerische Versorgung richtet sich nach den Aspekten der einzelnen Fachabteilungen unter Einbeziehung von gültigen aktuellen Standards.

Versorgungsschwerpunkte sind das gesamte Spektrum der Pädiatrie mit den entsprechenden Spezialisierungen, wie die Maximalversorgung in der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin mit Allergologie und Kinderpneumologie, Kinderendokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Neurologie mit Epileptologie und, Infektiologie und Immunologie, Kinderkardiologie, Nephrologie, Rheumatologie, Erkrankungen des Stoffwechsels, Neonatologie, pädiatrischer Intensivmedizin und dem Sozialpädiatrischen Zentrum.

Die Pädiatrie behandelt alle internistischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter; die Abgrenzung der Fachbereiche erfolgt über das Altersgebiet 0-18 Jahre.

Zusätzlich ist die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Holweide angegliedert. Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Standort Holweide arbeitet eng mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin zusammen.

Darüber hinaus bestehen Kooperationen mit Fachärzten der Orthopädie (v.a. in den Bereichen Neuropädiatrie, Rheumatologie, Spina bifida), der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (operative und endoskopische Versorgung), der Augenheilkunde (konservative und operative Versorgung) und der Humangenetik (interdisziplinäre Sprechstunde mit Neuropädiatern), sowie auch mit der Klinik für Kinderchirurgie, der Kinderanästhesie (Endoskopie der Atemwege) und der Abteilung für Kinderradiologie im Hause.

https://www.kliniken-koeln.de/Kinder_und_Jugendmedizin_Index.htm?ActiveID=1629

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Augenheilkunde
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen Augenerkrankungen erfolgt in enger Kooperation mit der Augenklinik in Merheim (Prof. Dr. N. Schrage). Es besteht ein pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt mit eigenen Sprechstunden (ermächtigter Augenarzt) am Kinderkrankenhaus.
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen Augenerkrankungen erfolgt in enger Kooperation mit der Augenklinik in Merheim (Prof. Dr. N. Schrage). Es besteht ein pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt mit eigenen Sprechstunden (ermächtigter Augenarzt) am Kinderkrankenhaus.
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen Augenerkrankungen erfolgt in enger Kooperation mit der Augenklinik in Merheim (Prof. Dr. N. Schrage). Es besteht ein pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt mit eigenen Sprechstunden (ermächtigter Augenarzt) am Kinderkrankenhaus.
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen Augenerkrankungen erfolgt in enger Kooperation mit der Augenklinik in Merheim (Prof. Dr. N. Schrage). Es besteht ein pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt mit eigenen Sprechstunden (ermächtigter Augenarzt) am Kinderkrankenhaus.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Augenheilkunde
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen Augenerkrankungen erfolgt in enger Kooperation mit der Augenklinik in Merheim (Prof. Dr. N. Schrage). Es besteht ein pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt mit eigenen Sprechstunden (ermächtigter Augenarzt) am Kinderkrankenhaus.
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation
VA13	Anpassung von Sehhilfen
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen Augenerkrankungen erfolgt in enger Kooperation mit der Augenklinik in Merheim (Prof. Dr. N. Schrage). Es besteht ein pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt mit eigenen Sprechstunden (ermächtigter Augenarzt) am Kinderkrankenhaus.
VA17	Spezialsprechstunde Versorgung von Patienten mit akuten oder chronischen Augenerkrankungen erfolgt in enger Kooperation mit der Augenklinik in Merheim (Prof. Dr. N. Schrage). Es besteht ein pädiatrisch-ophthalmologischer Schwerpunkt mit eigenen Sprechstunden (ermächtigter Augenarzt) am Kinderkrankenhaus.
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC04	Herzchirurgie: Chirurgie der angeborenen Herzfehler Enge Kooperation der Kinderkardiologie in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Herzzentrum der Universität zu Köln und anderen Herzzentren der Umgebung (z. B. Kinderklinik St. Augustin).
VC12	Thoraxchirurgie: Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen Enge Kooperation im Hause mit der Klinik für Kinderanästhesie, HNO-Kollegen und Kinderchirurgie, ausgeprägter Schwerpunkt laryngotracheale Fehlbildungen.
VC14	Thoraxchirurgie: Speiseröhrenchirurgie Fehlbildungschirurgie z.B. bei Ösophagusatresien durch Klinik für Kinderchirurgie im Hause.
VC20	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Nierenchirurgie Enge Kooperation im Haus bei allen Fehlbildungen und Veränderungen inkl. Tumoren der Niere mit der Klinik für Kinderchirurgie und –urologie (Prof. Dr. Dr. T. Boemers).
VC22	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Magen-Darm-Chirurgie Schwerpunkt Abdominalchirurgie bei Akuterkrankungen und allen angeborenen oder erworbenen Fehlbildungen, Klinik für Kinderchirurgie (Prof. Dr. Dr. T. Boemers).
VC24	Gefäßchirurgie / Viszeralchirurgie: Tumorchirurgie Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause.
VC26	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Metall-/Fremdkörperentfernungen Klinik für Kinderchirurgie im Hause
VC30	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Septische Knochenchirurgie Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause
VC31	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC35	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
	Gesamte Traumatologie des Kindes- und Jugendalters wird im Kinderkrankenhaus angeboten: Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie
VC36	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
	s.o.
VC37	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes
	s.o.
VC38	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
	s.o. - Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie in der Klinik für Kinderchirurgie des Hauses
VC39	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
	s.o.
VC40	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
	s.o.
VC41	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
	Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie in der Klinik für Kinderchirurgie des Hauses
VC42	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC63	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Amputationschirurgie
VC69	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Verbrennungschirurgie
	Zentrum für Schwerbrandverletzte, Betreuung auf der Intensivstation des Kinderkrankenhauses, mit den Spezialisten der Klinik für Kinderchirurgie
VO15	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Fußchirurgie
	Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie in der Klinik für Kinderchirurgie des Hauses
VO16	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie: Handchirurgie
	Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie in der Klinik für Kinderchirurgie des Hauses
VC43	Neurochirurgie: Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
	In enger Kooperation mit der Klinik für Neurochirurgie am Krankenhaus Merheim
VC44	Neurochirurgie: Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
	In enger Kooperation mit den Kliniken/Abteilungen für Neurochirurgie, Neuroradiologie und Neurologie am Krankenhaus Merheim
VC46	Neurochirurgie: Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
	Enge Kooperation mit der Klinik für Neurochirurgie am Krankenhaus Merheim und der Klinik für Kinderchirurgie im Kinderkrankenhaus
VC48	Neurochirurgie: Chirurgie der intraspinalen Tumoren
	Enge Kooperation mit der Klinik für Neurochirurgie am Krankenhaus Merheim

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Chirurgie
VC50	Neurochirurgie: Chirurgie der peripheren Nerven Selten, aber ebenfalls in Kooperation mit der Klinik für Neurochirurgie am Krankenhaus Merheim mgl.
VC70	Neurochirurgie: Kinderneurochirurgie s.o.: Klinik für Neurochirurgie (Merheim) und Klinik für Kinderchirurgie im Hause
VC55	Allgemein: Minimalinvasive laparoskopische Operationen Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie (Prof. Dr. Dr. T. Boemers)
VC56	Allgemein: Minimalinvasive endoskopische Operationen Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie (Prof. Dr. Dr. T. Boemers)
VC57	Allgemein: Plastisch-rekonstruktive Eingriffe Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie (Prof. Dr. Dr. T. Boemers)
VC58	Allgemein: Spezialsprechstunde Viele kinderchirurgische und kinderurologische Spezialsprechstunden, in der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie (Prof. Dr. Dr. T. Boemers)
VC67	Allgemein: Chirurgische Intensivmedizin Kooperation mit Kinderchirurgie auf interdisziplinärer Intensivstation (Pädiatrie) und zusätzlicher chirurgischer Wachstation (Intermediate Care)
VC71	Allgemein: Notfallmedizin Neonatologisch, pädiatrisch und kinderchirurgisch, für alle Altersstufen im Kindes- und Jugendalter
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien Schwerpunkt pädiatrische Allergologie und Kinderpneumologie in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (KJM)
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen Schwerpunkte Immunologie, Infektiologie und Rheumatologie in KJM
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren Kinderonkologie
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut Allgemeine Pädiatrie, Infektiologie in KJM
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen Allgemeine Pädiatrie, Infektiologie, Immunologie in KJM
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten KJM
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen KJM, z.B. Allergologie
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde KJM
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut KJM
VD12	Dermatochirurgie Kooperation mit dermatologischer Kinderspezialsprechstunde an der der Universitätsklinik Köln

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Dermatologie
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen KJM, allgemeine Pädiatrie, Allergologie
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen KJM, Kooperation mit Klinik für Kinderchirurgie im Hause
VD20	Wundheilungsstörungen KJM, Kooperation mit Klinik für Kinderchirurgie im Hause
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
VG07	Inkontinenzchirurgie Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause (Prof. Dr. Dr. T. Boemers)
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie Am Standort Holweide in enger Kooperation mit der Praxis Kozlowski und Kollegen (prae-natal.de) und der Frauenklinik Holweide (Prof. Dr. Neuhaus).
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften Perinatalzentrum Holweide in Kooperation mit der Frauenklinik Holweide (Prof. Dr. Neuhaus)
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes Frauenklinik Holweide (Prof. Dr. Neuhaus)
VG12	Geburtshilfliche Operationen Frauenklinik Holweide (Prof. Dr. F. Neuhaus)
VG15	Spezialsprechstunde Spezialsprechstunde für Gynäkologie im Kindes- u. Jugendalter (Kinderchirurgie und Gynäkologie)
VG16	Urogynäkologie Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause (Prof. Dr. Dr. T. Boemers)
VG19	Ambulante Entbindung Frauenklinik Holweide (Prof. Dr. F. Neuhaus)
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH01	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres Enge Kooperationen des KKH und von KJM mit der HNO-Klinik in Holweide (Prof. Dr. S. Maune), Vorstellung von Patienten dort konsiliarisch oder bei Notfällen, OP-Planungen; ferner Kooperation mit niedergelassenem HNO-Kollegen Dr. Puder (HNO- und spezielle laryngotracheale Eingriffe nach Absprache)
VH02	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes s.o.
VH03	Ohr: Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres s.o.
VH04	Ohr: Mittelohrchirurgie s.o.
VH05	Ohr: Cochlearimplantation s.o.
VH06	Ohr: Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres s.o.

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich HNO
VH07	Ohr: Schwindeldiagnostik / -therapie s.o.
VH27	Ohr: Pädaudiologie s.o.
VH08	Nase: Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege KJM, allgemeine Pädiatrie
VH09	Nase: Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege KJM, allgemeine Pädiatrie mit Schwerpunkt Allergologie und Pneumologie
VH10	Nase: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen KJM, allgemeine Pädiatrie, in Kooperation mit Kinderradiologie
VH16	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes Laryngotrachealer Schwerpunkt im Haus, Kinderanästhesie, HNO, Kinderchirurgie
VH17	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea s.o.
VH24	Mund / Hals: Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen Laryngotrachealer Schwerpunkt im Haus, Kinderanästhesie, HNO, Kindergastroenterologie, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Kinderneurologie (KJM)
VH18	Onkologie: Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich Kinderonkologie, HNO, Kinderchirurgie
VH20	Onkologie: Interdisziplinäre Tumornachsorge Kinderonkologie (Tumorkonferenz)
VI22	Allgemein: Diagnostik und Therapie von Allergien Pädiatrische Allergologie und Kinderpneumologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes Abteilung für Kinderkardiologie
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit Abteilung für Kinderkardiologie
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren Abteilung für Kinderkardiologie
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

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Innere Medizin
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)
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
VI27	Spezialprechstunde
VI29	Behandlung von Blutvergiftung / Sepsis
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen / Schlafmedizin
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI34	Elektrophysiologie
VI35	Endoskopie
VI36	Mukoviszidosezentrum
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI39	Physikalische Therapie
VI40	Schmerztherapie
VI42	Transfusionsmedizin
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Neuropädiatrie mit Behandlung aller neurologischen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters ist ein Schwerpunkt in KJM: Entwicklungsstörungen, Stoffwechselerkrankungen, Epileptologie u.s.w. bis hin zu seltenen neuroimmunologischen und neurodegenerativen Erkrankungen
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
	Neuropädiatrie & pädiatrische Onkologie
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Neurologie
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN20	Spezialsprechstunde Neuropädiatrie mit Humangenetik / Orthopädie, Kopfschmerzsprechstunde SPZ
VN23	Schmerztherapie Kopfschmerzsprechstunde
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien Es bestehen orthopädische Kooperation v.a. in den Bereichen Neuropädiatrie, Rheumatologie, Spina bifida, und eine enge Kooperation auch mit der Klinik für Kinderchirurgie und der Abteilung für Kinderradiologie im Hause.
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes Kinderrheumatologie in KJM
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens Kinderrheumatologie in KJM
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien Kinderrheumatologie in KJM
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens Kinderrheumatologie und Neuropädiatrie in KJM
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln Kinderrheumatologie und Neuropädiatrie in KJM
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen Kinderrheumatologie in KJM
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes Kinderrheumatologie in KJM
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien Kinderrheumatologie in KJM
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes Kinderrheumatologie in KJM
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane KJM, pädiatrische Onkologie, Kinderradiologie
VO12	Kinderorthopädie Kooperationen mit niedergelassenen Orthopäden und Kinderorthopädie in St. Augustin (PD Dr. v. Deimling)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Orthopädie
VO15	Fußchirurgie Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie in der Klinik für Kinderchirurgie des KKH
VO16	Handchirurgie Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie in der Klinik für Kinderchirurgie des KKH
VO17	Rheumachirurgie Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie in der Klinik für Kinderchirurgie des KKH
VO18	Schmerztherapie / Multimodale Schmerztherapie Pädiatrie, Kinderrheumatologie in KJM
VO21	Traumatologie Kinderchirurgie im Hause
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen Kinderchirurgie im Hause
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen Schwerpunkt Kinderkardiologie
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation z.B. in Onkologie und Rheumatologie
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen Interdisziplinäre Diagnostik mit Neuropädiatrie und Kinderradiologie
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen Päd. Nephrologie
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) Kinderendokrinologie und Diabetologie
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes Kindergastroenterologie
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas Kindergastroenterologie & Päd. Hepatologie
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge Neonatalogie, Allergologie und Kinderpneumologie
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen Päd. Rheumatologie
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen Päd. Hämato-Onkologie
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen Päd. Hämato-Onkologie
VK12	Neonatologische / Pädiatrische Intensivmedizin Schwerpunkte am Standort Amsterdamer Straße und im Perinatalzentrum Holweide

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien Päd. Allergologie und Kinderpneumologie, mit großem Ambulanzbereich
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) Schwerpunkt pädiatrische Immunologie und Infektiologie
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen Stoffwechselambulanz mit Neonatologie und Neuropädiatrie
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen Schwerpunkt Neuropädiatrie und SPZ
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen Schwerpunkt Neuropädiatrie und SPZ
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen / neurodegenerativen Erkrankungen Schwerpunkt Neuropädiatrie und SPZ
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen KJM, Neonatologie, Neuropädiatrie
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien In Kooperation mit externem Humangenetiker (niedergelassene Kooperationspartner)
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener Neonatologie/pädiatrische Intensivmedizin
VK23	Versorgung von Mehrlingen Neonatologie/pädiatrische Intensivmedizin
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen PNZ Holweide, Frauenklinik und praenatal.de
VK25	Neugeborenencreening KJM, Neonatologie, Hörscreening in Kooperation mit Frauenklinik und HNO-Klinik Kinderendokrinologie und Diabetologie, Stoffwechselambulanz
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter Schwerpunkt Neuropädiatrie und SPZ
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes KJM, eigener Bereich chronische Erkrankungen, enge Kooperation mit Kinder- und Jugendpsychiatrie bei überlappenden Fragestellungen
VK28	Pädiatrische Psychologie Psychologen tätig bei Chronisch Kranken (Diabetes mellitus, Rheumatologie u.s.w. ebenso in Neuropädiatrie und pädiatrischer Onkologie) sowie im SPZ
VK29	Spezialsprechstunde siehe B-8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
VK30	Immunologie
VK31	Kinderchirurgie Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie mit zahlreichen Spezialsprechstunden (Prof. Dr. Dr. T. Boemers)

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Pädiatrie
VK32	Kindertraumatologie Klinik für Kinderchirurgie
VK33	Mukoviszidosezentrum Kinderpneumologie
VK34	Neuropädiatrie Abteilungsschwerpunkt pädiatrische Neurologie für akut und chronisch neurologische kranke Kinder aller Altersstufen und Jugendliche (Krampfleiden, Epilepsitherapie, Stoffwechseldiagnostik, Klärung von Entwicklungsauffälligkeiten, Betreuung von Patienten mit neurodegenerativen Erkrankungen u. a.)
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ mit pädiatrisch neurologischem Schwerpunkt (Leiter Dr. S. Waltz), enge Verzahnung mit niedergelassenen Kollegen und Klinik im Kinderkrankenhaus (seit 2015 erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert und re-zertifiziert)
VK36	Neonatologie Perinatalzentrum (Versorgung Level I) am Klinikstandort Holweide, Frühgeborenenstation und interdisziplinäre neonatologische und pädiatrische Intensivstation am Standort Amsterdamer Straße (Versorgung Level II)
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen Kinderendokrinologie und Diabetologie inkl. ambulanter Ermächtigung
VK00	Pädiatrische Intensivmedizin
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik
VP12	Spezialsprechstunde Bei Diagnostik und Therapie besteht eine sehr enge Kooperation von KJM mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und Psychotherapie (Prof. Dr. C. Wewetzer) am Standort Holweide der Kliniken der Stadt Köln.
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen Sozialpädiatrisches Zentrum
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung Station B3 - chronisch-krankte Kinder und Jugendliche
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Radiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen Siehe eigene Abteilung für Kinderradiologie im KKH Amsterdamer Straße (Dr. M. Kellner), enge Zusammenarbeit mit KJM bei allen radiologischen Fragestellungen (Sonographie, Röntgen, MRT)
VR02	Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
VR03	Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
VR04	Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
VR05	Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR42	Allgemein: Kinderradiologie

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Urologie, Nephrologie
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten Es besteht eine enge Kooperation mit der Hauptabteilung Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause (Prof. Dr. Dr. T. Boemers) bei allen nephrologischen und urologischen Fragestellungen.
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 zusammen mit Kinderendokrinologie und Diabetologie
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause
VU08	Kinderurologie Es besteht eine enge Kooperation mit der Hauptabteilung Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause (Prof. Dr. Dr. T. Boemers) bei allen nephrologischen und urologischen Fragestellungen.
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen
VU13	Tumorchirurgie Kinderchirurgie und Kinderurologie im Hause
VU14	Spezialsprechstunde
VU15	Dialyse Peritonealdialyse auf der Intensivstation der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Hämodialyse in Kooperation mit der Kindernephrologie an der Universitäts-Kinderklinik Köln
VU18	Schmerztherapie
VU19	Urodynamik / Urologische Funktionsdiagnostik Im Bereich Nephrologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kooperation mit Kinderurologie
VG16	Urogynäkologie Kinderchirurgie mit Gynäkologie
Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle Kooperation mit Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien Kooperation mit Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich Kooperation mit Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne Kooperation mit Zahnarzt

Nr.	Medizinische Leistungsangebote im Bereich Zahnheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs Kooperation mit Zahnarzt
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich Kooperation mit Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose Kooperation mit Zahnarzt

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum und 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 (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE ¹ auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF23	Allergenarme Zimmer
BF24	Diätetische Angebote ¹
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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-3.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Sozialpädiatrischem Zentrum und Perinatalzentrum

Vollstationäre Fallzahl: 6.330

Teilstationäre Fallzahl: 0

B-3.6 Diagnosen nach ICD

B-3.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J20	Akute Bronchitis	295
2	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	244
3	G40	Anfallsleiden - Epilepsie	224
4	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	213
5	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-1	192
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	184
7	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	148
8	R56	Krämpfe	144
9	A08	Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Viren oder sonstige Krankheitserreger	139
10	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	113
11	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	112
12	P36	Blutvergiftung (Sepsis) durch Bakterien beim Neugeborenen	99
13	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	94
14	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	91
15	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	90
16 – 1	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	89
16 – 2	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	89
18	B34	Viruskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	88
19	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	87
20	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	80
21	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	76
22 – 1	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms - Morbus Crohn	72
22 – 2	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	72
24	J03	Akute Mandelentzündung	64
25 – 1	P22	Atemnot beim Neugeborenen	63
25 – 2	R06	Atemstörung	63
25 – 3	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	63
28	R51	Kopfschmerz	62

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	M08	Gelenkentzündung bei Kindern	59
30	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege - Bronchiolitis	58

B-3.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD	Bezeichnung	Anzahl
P92	Ernährungsprobleme beim Neugeborenen	49
J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	47
G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	40
K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms - Colitis ulcerosa	30
J45	Asthma	29
G80	Angeborene Lähmung durch Hirnschädigung des Kindes während Schwangerschaft und Geburt	14

B-3.7 Prozeduren nach OPS

B-3.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-207	Messung der Gehirnströme - EEG	1.166
2	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	550
3	8-010	Gabe von Medikamenten bzw. Salzlösungen über die Gefäße bei Neugeborenen	516
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	335
5	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	328
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	263
7	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	204
8	8-017	Enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung	194
9	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	166
10	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken - Lichttherapie	165
11	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	164
12	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	154
13	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	132
14	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	131
15	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	120
16	8-984	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)	108
17	9-203	Hochaufwendige Pflege von Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen	103
18	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	85
19	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	81
20	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation	79
21	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	78
22	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	66
23 – 1	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	65

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
23 – 2	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	65
25 – 1	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	61
25 – 2	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	61
27	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine - Ganzkörperplethysmographie	60
28	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	58
29	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	54
30	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	51

- Diese Leistungen werden in Zusammenarbeit mit der Kinderchirurgie, der Kinderanästhesie und/oder den HNO Spezialisten erbracht.

B-3.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS	Bezeichnung	Anzahl
1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	45
1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	39
1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	14
9-500	Patientenschulung	< 4
1-941	Umfassende Untersuchung von Blutkrebs	< 4
1-942	Umfassende Untersuchung bei neurologischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen	< 4

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Die Kinder- und Jugendmedizin bietet ein extrem großes Spektrum an ambulanten Sprechstunden an.

Zu den angegebenen Ambulanzen finden Spezialsprechstunden nach Terminabsprache statt.

Bei Fragen kontaktieren Sie bitte die Telefonzentrale des Kinderkrankenhauses (Tel. Nr. 0221 8907 0), das Chefarztsekretariat (Tel. Nr. 0221 8907 5201) oder informieren sich im Internet unter http://www.kliniken-koeln.de/Kinderkrankenhaus_Index.htm?ActiveID=1032

Kinder-Allergologie und Kinder-Pneumologie

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 (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
Diagnostik und Therapie von Allergien
Spezialsprechstunde

Kinder-Diabetologie

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

Kinder-Endokrinologie

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 (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
Neugeborenencreening
Spezialsprechstunde
Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen

Kinder-Gastroenterologie

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 (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
Spezialsprechstunde

Kinder-Hämatologie und Onkologie

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 bei Kindern und Jugendlichen
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
Spezialsprechstunde

Sozialpädiatrisches Zentrum mit Epileptologie und Neurologie

Art der Ambulanz: Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen

Angebotene Leistung
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen / neurodegenerativen Erkrankungen
Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
Pädiatrische Psychologie
Spezialsprechstunde
Neuropädiatrie
Sozialpädiatrisches Zentrum

Infektiologie und Immunologie

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 angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
Spezialsprechstunde
Immunologie

Kinderkardiologie

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 (angeborenen) Herzerkrankungen
Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
Spezialsprechstunde

Kinder-Nephrologie

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 (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
Spezialsprechstunde

Kinder-Rheumatologie

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 (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen

Angebotene Leistung
Spezialsprechstunde
Immunologie

Neonatologie

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
Neonatologische / Pädiatrische Intensivmedizin
Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
Versorgung von Mehrlingen
Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
Spezialsprechstunde
Kindertraumatologie
Neonatalogie

Kinderophthalmologie

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)

Adipositas-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)

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 1	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
1 – 2	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	< 4
1 – 3	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	< 4
1 – 4	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	< 4
1 – 5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	< 4
1 – 6	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1 – 7	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	< 4
1 – 8	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	< 4
1 – 9	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie	< 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

Die Angaben beziehen sich auf die Abteilung Kinder- und Jugendmedizin inklusive Sozialpädiatrisches Zentrum und Perinatalzentrum.

*Folgende volle Weiterbildungsbefugnisse liegen vor:

Kinder- und Jugendmedizin, Kinderendokrinologie und Diabetologie, Neonatologie pädiatrische Kinderintensivmedizin, Allergologie, Kinderonkologie und Hämatologie

*Folgende teilweise Weiterbildungsbefugnisse liegen vor:

Kinderkardiologie, Neuropädiatrie, Kinder-Gastroenterologie

*Beantragte Weiterbildungsbefugnis:

Rheumatologie

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 40 Stunden

	Anzahl ¹
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	52,62
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	52,62
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	39,5
– davon ambulante Versorgungsformen	13,12
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	28,82
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	28,82
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	21,64
– davon ambulante Versorgungsformen	7,19

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
	QB Hämotherapie
ZF03	Allergologie
	Weiterbildungsbefugnis
ZF07	Diabetologie

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
	Pädiatrische Intensivmedizin mit Weiterbildungsbefugnis
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
	Weiterbildungsbefugnis
ZF17	Kinder-Gastroenterologie
	Weiterbildungsbefugnis
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie
	WB-Ermächtigung
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-3.11.2 Pflegepersonal

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 38,5 Stunden

	Anzahl ¹	Ausbildungs- dauer
Gesundheits- und Krankenpfleger/ –innen	6,21	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	6,21	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	4,67	
– davon ambulante Versorgungsformen	1,55	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ –innen	153,88	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	149,57	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	4,31	
– davon stationäre Versorgung	115,52	
– davon ambulante Versorgungsformen	38,36	
Krankenpflegehelfer/ –innen	0,55	1 Jahr
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,55	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	0,42	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,14	
Pflegehelfer/ –innen	2,02	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	2,01	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0,01	
– davon stationäre Versorgung	1,51	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,5	
Medizinische Fachangestellte	1,75	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,75	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,32	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,44	

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
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen - Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP28	Still- und Laktationsberatung

B-4 Radiologische Abteilung**B-4.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
Radiologische Abteilung**

Name: Radiologische Abteilung

Chefärzte

Name: Dr. med. Martin Stenzel

Funktion / Chefarzt Radiologie

Arbeits-
schwerpunkt:

Telefon: 0221 / 8907 - 5286

Telefax: 0221 / 8907 - 5240

E-Mail: StenzelM@kliniken-koeln.de

Straße: Amsterdamer Straße 59

PLZ / Ort: 50735 Koeln

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

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 Radiologische Abteilung

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
VR08	Projektionsradiographie: Fluoroskopie / Durchleuchtung als selbstständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR15	Darstellung des Gefäßsystems: Arteriographie in Kooperation mit Krankenhaus Merheim
VR18	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Szintigraphie in Kooperation mit Krankenhaus Merheim
VR19	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Single-Photon-Emissionscomputer- tomographie (SPECT) in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Merheim
VR21	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren: Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Merheim
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR25	Andere bildgebende Verfahren: Knochendichtemessung (alle Verfahren) in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Merheim
VR26	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Merheim
VR27	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung Sonographie
VR28	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
VR29	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
VR35	Strahlentherapie: Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie ab 2011 in Kooperation mit der Strahlentherapie im Krankenhaus Merheim (siehe med. Leistungsangebote Merheim)
VR40	Allgemein: Spezialsprechstunde
VR41	Allgemein: Interventionelle Radiologie in Verbindung mit Krankenhaus Merheim
VR42	Allgemein: Kinderradiologie
VR43	Allgemein: Neuroradiologie
VR44	Allgemein: Teleradiologie

Weitere Informationen über den Leistungsbereich erfahren Sie auf unserer Homepage <http://www.kliniken-koeln.de> oder unter http://www.kliniken-koeln.de/Kinderradiologie_Startseite.htm?ActiveID=3546

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung Radiologische Abteilung

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 (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE ¹ auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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-4.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung Radiologische Abteilung

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Die radiologischen Untersuchungen (stationär und ambulant) der Patientinnen und Patienten wurden den einzelnen Fachabteilungen zugeordnet. Je nach Indikation werden die Untersuchungen in der Radiologie mit Unterstützung der Anästhesie auch in Narkose durchgeführt.

B-4.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Weitere Prozeduren und Fälle sind bei den einzelnen Fachabteilungen für die diese erbracht wurden abgebildet. Die notwendigen CT Untersuchungen werden in Kooperation mit den Städt. Kliniken Merheim und Holweide geleistet.

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	215
2	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	212
3	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	97
4	3-13e	Röntgendarstellung der Harnblase und der Harnröhre während des Wasserlassens mit Kontrastmittel	87
5	3-13a	Röntgendarstellung des Dickdarms mit Kontrastmitteleinlauf	82
6	3-13b	Röntgendarstellung der Magen-Darm-Durchgängigkeit	80
7	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	74
8	3-826	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems mit Kontrastmittel	60
9	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	48
10 – 1	3-82a	Kernspintomographie (MRT) des Beckens mit Kontrastmittel	33
10 – 2	3-822	Kernspintomographie (MRT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	33
10 – 3	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	33
13	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	28
14	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	22
15	3-804	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes ohne Kontrastmittel	17
16	3-806	Kernspintomographie (MRT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	15
17 – 1	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	13

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17 – 2	3-805	Kernspintomographie (MRT) des Beckens ohne Kontrastmittel	13
19	3-828	Kernspintomographie (MRT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	11
20	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	8
21 – 1	3-843	Kernspintomographie (MRT) der Gallenwege und Ausführungswege der Bauchspeicheldrüse mit Kontrastmittel	6
21 – 2	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	6
23 – 1	3-801	Kernspintomographie (MRT) des Halses ohne Kontrastmittel	5
23 – 2	3-809	Kernspintomographie des Brustkorbes ohne Kontrastmittel (MRT)	5
25 – 1	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	4
25 – 2	3-13g	Röntgendarstellung der Harnröhre mit Kontrastmittel	4
27 – 1	3-84x	Andere spezielle Verfahren mithilfe eines Kernspintomographen (MRT)	< 4
27 – 2	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
27 – 3	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
27 – 4	3-994	Computergestützte Darstellung von Körperstrukturen in Dreidimensionalität - Virtuelle 3D-Rekonstruktionstechnik	< 4

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Radiologische Abteilung

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: privat und gesetzlich Versicherte, Berufsgenossenschaft

Angeborene Leistung
Konventionelle Röntgenaufnahmen
Ultraschalluntersuchungen: Native Sonographie
Ultraschalluntersuchungen: Eindimensionale Dopplersonographie
Ultraschalluntersuchungen: Duplexsonographie
Ultraschalluntersuchungen: Sonographie mit Kontrastmittel
Projektionsradiographie: Fluoroskopie / Durchleuchtung als selbstständige Leistung
Projektionsradiographie: Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), nativ

Angebotene Leistung
Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
Magnetresonanztomographie (MRT): Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Intraoperative Anwendung der Verfahren
Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren: Quantitative Bestimmung von Parametern
Allgemein: Spezialsprechstunde
Allgemein: Kinderradiologie
Allgemein: Neuroradiologie
Allgemein: Teleradiologie

Radiologische Untersuchungen finden bei ambulanten Fällen je nach Indikation statt.

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

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)	3,35
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,35
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,3
– davon ambulante Versorgungsformen	1,04
Davon Fachärztinnen/ –ärzte	3,18
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	3,18
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,19
– davon ambulante Versorgungsformen	0,99
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
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie

B-4.11.2 Pflegepersonal

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	
Pflegehelfer/ –innen	0,08	ab 200 Std. Basiskurs
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	0,08	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	0,06	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,03	
Medizinische Fachangestellte	1,78	3 Jahre
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	1,78	
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0	
– davon stationäre Versorgung	1,22	
– davon ambulante Versorgungsformen	0,56	

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

B-5 Institut für Transfusionsmedizin

B-5.1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung Institut für Transfusionsmedizin

Name: Institut für Transfusionsmedizin

Chefärzte

Name: Frau 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-5.2 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-5.3 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 Assistenzärzte 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

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 Gewebeanigene (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-5.4 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 (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE ¹ auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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 Institut für Transfusionsmedizin

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Die Fallzahlen sind in den bettenführenden Fachabteilungen abgebildet.

B-5.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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)	4,29
– davon mit direktem Beschäftigungsverhältnis	4,29
– davon ohne direktes Beschäftigungsverhältnis	0
– davon stationäre Versorgung	2,88
– davon ambulante Versorgungsformen	1,41

	Anzahl ¹
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-5.11.2 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-6 Institut für Hygiene

B-6.1 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: AmkreutzI@kliniken-koeln.de
 Straße: Ostmerheimer Straße 200
 PLZ / Ort: 51109 Köln

B-6.2 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-6.3 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-6.4 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 (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anfrage

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE ¹ auf Anfrage
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
BF14	Arbeit mit Piktogrammen ¹
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹ https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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 Institut für Hygiene

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

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

B-6.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	101

B-6.8 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-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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)	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

B-6.11.2 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-7 Institut für Pathologie

B-7.1 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: 51107 Köln

B-7.2 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-7.3 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

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 dann 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). Diese werden dann 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 drittmittelgeförderte 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.

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

B-7.4 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 (auf der neurologischen Station B5)
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette ¹ (teilweise)
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen / den meisten Serviceeinrichtungen ¹
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug ¹
BF11	Besondere personelle Unterstützung ¹
	Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin ¹ auf Anfrage
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE ¹ auf Anfrage
	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
	Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien
BF24	Diätetische Angebote ¹
	Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung
BF25	Dolmetscherdienst ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#Dolmetscher
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal ¹
	https://www.kliniken-koeln.de/International_Office___Service_und_Information.htm#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 Institut für Pathologie

Vollstationäre Fallzahl: 0

Teilstationäre Fallzahl: 0

Erläuterungen: Die Fallzahlen sind bei den bettenführenden Abteilungen dargestellt.

B-7.6 Hauptdiagnosen nach ICD

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu bzw. entfällt.

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)	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-7.11.2 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
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	6	100,00%
Neonatologie	737	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	98,69 %	≥ 95,00 %	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 1 (S. 138)	98,6 - 98,78		entf.	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	98,12 %	≥ 95,00 %	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 2 (S. 138)	98,02 - 98,22		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 des Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH	1,08 %	≤ 3,00 %	entf. ○	N01 ○
nein / Hinweis 3 (S. 139)	0,87 - 1,34		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 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 nein / Hinweis 4 (S. 139)	0,97 0,84 - 1,11	≤ 5,03 (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.				
Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird: Infektion, die zu einer erneuten Operation führte				
Qualitätsindikator / QSKH ja / Hinweis 3 (S. 139)	0,54 % 0,47 - 0,63	≤ 2,44 % (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.				
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 nein / Hinweis 3 (S. 139)	3,16 % 2,98 - 3,35	≤ 6,00 % (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.				
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 nein / Hinweis 3 (S. 139)	3,38 % 3,2 - 3,58	≤ 8,69 % (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.				
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. 139)	0,5 % 0,35 - 0,71	≤ 3,00 % (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.				

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: 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. 139)	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. 140)	98,55 % 98,46 - 98,64	≥ 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 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. 140)	89,25 % 89,04 - 89,45	≥ 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 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. 140)	96,85 % 96,72 - 96,98	-	entf. entf.	- 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. 141)	0,13 % 0,11 - 0,16	-	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
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. 141)	1,57 % 1,48 - 1,66	≤ 10,00 %	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 Herzschrittmachers: Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 139)	1,44 % 1,36 - 1,53	≤ 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.				
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. 142)	1,06 0,93 - 1,19	≤ 5,88 (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: 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. 142)	1,02 0,98 - 1,05	≤ 2,67 (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: 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. 139)	1,1 1,04 - 1,17	≤ 4,02 (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 eines Herzschrittmachers: Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 11 (S. 143)	95,74 % 95,66 - 95,81	≥ 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- rhytmusstörungen: Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 6 (S. 140)	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- rhytmusstörungen: Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 143)	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- rhytmusstörungen: Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 13 (S. 144)	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- rhytmusstörungen: Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 3 (S. 139)	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. 139)	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. 144)	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. 145)	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. 143)	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. 145)	92,36 % 91,99 - 92,72	≥ 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 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. 145)	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. 145)	4,62 % 4,45 - 4,79	≤ 11,41 % (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 geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 17 (S. 145)	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. 146)	6,18 % 5,84 - 6,54	≤ 15,15 % (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 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. 146)	0,21 % 0,19 - 0,23	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 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. 139)	1 0,98 - 1,02	≤ 2,40 (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: 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. 147)	1,1 1,06 - 1,14	≤ 3,12 (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: Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 143)	95,81 % 95,72 - 95,9	≥ 85,00 %	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 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. 143)	13,75 % 13,48 - 14,03	≤ 15,00 %	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: Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 21 (S. 147)	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. 140)	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. 145)	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.				
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. 140)	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.				

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: 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. 148)	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. 139)	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. 146)	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.				
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. 139)	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.				

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 Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 18 (S. 146)	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. 145)	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 er-warteten 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. 139)	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: 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 23 (S. 148)	1,06 0,95 - 1,18	≤ 6,00 (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.				

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: Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnitt-geburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 24 (S. 149)	0,98 0,98 - 0,99	≤ 1,23 (90. 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: 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 25 (S. 150)	1,07 1,01 - 1,12	-	entf. entf.	- 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 26 (S. 150)	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 27 (S. 151)	1,14 % 1,05 - 1,25	Sentinel- Event	0 % ○ 0 - 43,45	R10 ○ 0 / 5 (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 27 (S. 151)	88,28 % 87,96 - 88,59	≥ 74,04 % (5. Perzentil)	entf. ○ entf.	H20 ○ 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): 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 27 (S. 151)	20,03 % 19,39 - 20,68	≤ 40,23 % (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.				
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 28 (S. 151)	12,24 % 11,01 - 13,58	-	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 bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 28 (S. 151)	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 29 (S. 151)	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 29 (S. 151)	1,22 % 1,11 - 1,33	≤ 5,00 %	0 % ○ 0 - 36,9	R10 ➡ 0 / 5 (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 27 (S. 151)	2,47 % 2,38 - 2,56	≤ 4,94 % (90. Perzentil)	entf. ○ entf.	H99 ○ 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): 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 30 (S. 152)	1,1 1,03 - 1,17	≤ 4,18	0 ○ 0 - 693,05	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 31 (S. 153)	95,1 % 95,01 - 95,18	≥ 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.				
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. 140)	98,49 % 98,45 - 98,54	≥ 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.				
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 28 (S. 151)	97,25 % 96,91 - 97,56	-	entf. entf.	- 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 28 (S. 151)	98,54 % 98,49 - 98,58	-	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
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. 140)	96,49 % 96,42 - 96,55	≥ 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.				
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. 140)	93,87 % 93,74 - 93,99	≥ 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.				
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. 140)	95,56 % 95,47 - 95,66	≥ 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.				
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. 139)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 1,58 (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
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. 139)	1,27 % 1,18 - 1,36	≤ 4,50 % (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.				
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 32 (S. 153)	0,98 0,96 - 1,01	≤ 2,17 (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.				
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. 139)	0,91 0,83 - 0,99	≤ 4,28 (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
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. 139)	1,03 1,01 - 1,05	≤ 2,24 (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.				
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. 139)	1,03 1 - 1,07	≤ 2,07 (90. 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.				
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. 143)	95,34 % 95,16 - 95,52	≥ 85,00 %	entf. ○ entf.	N01 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.				
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. 143)	14,12 % 13,85 - 14,4	≤ 15,00 %	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
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 33 (S. 153)	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 27 (S. 151)	96,44 % 96,23 - 96,63	≥ 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.				
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 27 (S. 151)	97,46 % 97,34 - 97,57	≥ 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.				
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. 143)	6,03 % 5,42 - 6,71	≤ 8,20 % (80. 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.				
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 34 (S. 154)	4,01 % 3,85 - 4,17	≤ 16,36 % (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
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Ein Hörtest wurde durchgeführt				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 35 (S. 154)	97,86 % 97,77 - 97,95	≥ 95,00 %	96,58 % ○ 94,92 - 97,71	R10 ➡ 650 / 673 (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 36 (S. 155)	0,93 0,88 - 0,98	≤ 1,91 (95. Perzentil)	0,34 ○ 0,09 - 1,19	R10 ➡ entf.
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 37 (S. 156)	0,34 % 0,31 - 0,38	Sentinel- Event	entf. ○ entf.	U99 ○ entf.
Kommentar der beauftragten Stelle: Auswärtige Ereignisse ohne Involvierung der Neonatologie				
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 38 (S. 156)	3,33 % 3 - 3,68	-	0 % 0 - 21,53	- 0 / 14 (entf.)
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 38 (S. 156)	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 38 (S. 156)	3,44 % 3,03 - 3,91	-	0 % 0 - 27,75	- 0 / 10 (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 39 (S. 157)	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 38 (S. 156)	3,95 % 3,6 - 4,34	-	0 % 0 - 20,39	- 0 / 15 (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: 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 40 (S. 157)	0,92 0,87 - 0,98	≤ 2,54 (95. Perzentil)	0,89 ○ 0,35 - 2,22	R10 ➡ 4 / 137 (4,50)
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 41 (S. 158)	0,97 0,9 - 1,05	≤ 2,52 (95. Perzentil)	1,76 ○ 0,9 - 3,3	R10 ○ 8 / 100 (4,55)
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 40 (S. 157)	0,95 0,92 - 0,98	≤ 2,04 (95. Perzentil)	0,35 ○ 0,18 - 0,69	R10 ○ 8 / 607 (22,78)
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 40 (S. 157)	0,92 0,87 - 0,97	≤ 2,79 (95. Perzentil)	0 ○ entf.	R10 ➡ 0 / 181 (2,68)
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 42 (S. 159)	0,98 0,89 - 1,09	-	0 entf.	- 0 / 14 (0,85)
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 42 (S. 159)	0,92 0,81 - 1,05	-	0 entf.	- 0 / 10 (0,64)

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 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 42 (S. 159)	0,95 0,87 - 1,04	-	0,73 0,13 - 3,16	- 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 43 (S. 160)	0,9 0,8 - 1,02	-	0,38 0,07 - 2,06	- 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 42 (S. 159)	0,92 0,84 - 1,01	-	0 entf.	- 0 / 15 (1,32)
Versorgung von Früh- und Neugeborenen: Wachstum des Kopfes				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 37 (S. 156)	10,05 % 9,58 - 10,53	≤ 21,74 % (95. Perzentil)	entf. ○ entf.	R10 ➡ entf.
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. 139)	0,01 % 0,01 - 0,01	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.				

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: 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 44 (S. 161)	1,06 1,05 - 1,07	≤ 2,31 (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): 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. 143)	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. 143)	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.				
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 nein / Hinweis 12 (S. 143)	98,51 % 98,02 - 98,88	≥ 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 keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht				
Qualitätsindikator / QSKH nein / Hinweis 12 (S. 143)	98,96 % 98,78 - 99,11	≥ 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): 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 nein / Hinweis 15 (S. 145)	3,03 % 2,7 - 3,4	-	entf. 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 nein / Hinweis 15 (S. 145)	3,69 % 2,98 - 4,55	-	entf. 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 nein / Hinweis 15 (S. 145)	1,23 % 1,05 - 1,44	-	entf. 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 und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war				
Transparenzkennzahl / QSKH nein / Hinweis 15 (S. 145)	2,74 % 2,08 - 3,59	-	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
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. 145)	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. 145)	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. 145)	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 45 (S. 162)	0,87 - 1,15		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 nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Transparenzkennzahl / QSKH	1	-	entf.	-
nein / Hinweis 45 (S. 162)	0,9 - 1,11		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 während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten) <table> <tr> <td>Qualitätsindikator / QSKH</td><td>1</td><td>≤ 2,99</td><td>entf. ○</td><td>N01 ○</td></tr> <tr> <td>nein / Hinweis 4 (S. 139)</td><td>0,92 - 1,08</td><td>(95. Perzentil)</td><td>entf.</td><td>entf.</td></tr> </table> Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.					Qualitätsindikator / QSKH	1	≤ 2,99	entf. ○	N01 ○	nein / Hinweis 4 (S. 139)	0,92 - 1,08	(95. Perzentil)	entf.	entf.
Qualitätsindikator / QSKH	1	≤ 2,99	entf. ○	N01 ○										
nein / Hinweis 4 (S. 139)	0,92 - 1,08	(95. Perzentil)	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 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) <table> <tr> <td>Qualitätsindikator / QSKH</td><td>1</td><td>≤ 3,03</td><td>entf. ○</td><td>N01 ○</td></tr> <tr> <td>nein / Hinweis 4 (S. 139)</td><td>0,89 - 1,12</td><td>(95. Perzentil)</td><td>entf.</td><td>entf.</td></tr> </table> Kommentar der beauftragten Stelle: Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.					Qualitätsindikator / QSKH	1	≤ 3,03	entf. ○	N01 ○	nein / Hinweis 4 (S. 139)	0,89 - 1,12	(95. Perzentil)	entf.	entf.
Qualitätsindikator / QSKH	1	≤ 3,03	entf. ○	N01 ○										
nein / Hinweis 4 (S. 139)	0,89 - 1,12	(95. Perzentil)	entf.	entf.										

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;

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

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

U99 = Bewertung nach Strukturisiertem Dialog / Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig: Sonstiges (im Kommentar erläutert).

➕ = 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 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 24	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 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 26	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 27	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse 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 28	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.
Hinweis 29	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 30	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 31	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse 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 32	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 33	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 34	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 35	Der Referenzbereich gibt an, in welchem Bereich die Ergebnisse eines Indikators als unauffällig bewertet werden. Eine Einrichtung mit einem Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs ist zunächst rechnerisch auffällig, dies zieht üblicherweise eine Analyse 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 36	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 37	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 38	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 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 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 40	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 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/. 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 42	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 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 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 44	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 45	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.

Bronze-Zertifikat Aktion Saubere Hände	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Bronze-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.

Zertifikat "Ausgezeichnet.Für Kinder", GKinD e.V	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat "Ausgezeichnet.Für Kinder", GKinD e.V
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifikat Fortbildungsstätte für spezielle Kinderanästhesie	
Leistungsbereich	Gesamtes Kinderkrankenhaus
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifikat Fortbildungsstätte für spezielle Kinderanästhesie
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Zertifizierung erfüllt wird.

Zertifiziertes SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) nach DIN EN ISO	
Leistungsbereich	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Bezeichnung des Qualitätsindikators	Zertifiziertes SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum) nach DIN EN ISO
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 des Instituts für Hygiene
Bezeichnung des Qualitätsindikators	DIN EN ISO 17025 und 15189
Ergebnis	Es wurde nachgewiesen, dass der Anforderungskatalog für die Akkreditierung erfüllt wird.

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
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14	40	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	
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)	Leistungs Menge Quartal 3-4 & 1-2 ¹
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	40	34

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	
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	
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	
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	
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
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie
	Die Positronenemissionstomographie wird in der Uniklinik Heidelberg durchgeführt. Die Vor- und Nachbehandlung werden qualitätsgesichert von den Kliniken der Stadt Köln gGmbH erbracht.
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom
	Die Protonentherapie wird in der Uniklinik Heidelberg durchgeführt. Die Vor- und Nachbehandlung werden qualitätsgesichert von den Kliniken der Stadt Köln gGmbH erbracht.

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)	69
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	53
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	53

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 Chefarzte / Abteilungsleitungen mit der Geschäftsleitung die konkreten Jahresziele incl. 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 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 Organzentren.

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); Umsetzungsevaluation 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 Bewerbungsprocedere: Vereinfachung und Beschleunigung des Bewerbungsverganges

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 Bildungsbedarfserschließung 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

Kinderkrankenhaus:**Anästhesiologie:**

1. Ausbau der Prämedikationsambulanz
2. Entwicklung & Implementierung weiterer SOP's und Checklisten
3. Organisation eines Akutschmerzdienstes
4. Ausweitung der Anästhesie bei ambulanten Eingriffen
5. Optimierung der OP-Organisation
6. Ausweitung des Patientendatenmanagementsystems
7. Optimierung der Geräteausstattung
8. Ausbau der Mitarbeiterweiterbildung
9. Umsetzung der Qualitätsziele der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Kinderchirurgie und Kinderurologie:

1. Erstellung eines Behandlungspfades für die Behandlung des Kryptorchimus zusammen mit den pädiatrischen Endokrinologen
2. Einführung der Manchestertriage in der Notfallambulanz und Einführung einer Software für die Notaufnahme entsprechend der Implementierung im Krankenhaus Merheim
3. Re-Zertifizierung der Akutschmerztherapie 2019
4. Einführung und Etablierung der SDS (Same Day Surgery) auf der Station B4
5. Re-Strukturierung der Assistentenausbildung und Rotationsplanung

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, mit Perinatalzentrum und Sozialpädiatrischem Zentrum:

1. Sicherstellung der Erstellung eines vorläufigen Arztbriefes am Entlassungstag und des endgültigen Arztbriefes unmittelbar nach Eintreffen ausstehender Befunde (Ziel: stat. Briefe innerhalb von 7 Tagen)

2. Sicherstellung der Erstellung eines Arztbriefes innerhalb von 14 Tagen nach der letzten ambulanten Vorstellung (inkl. beschleunigter interdisziplinäre Abschlussberichtserstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum). Kennzahl: Briefe mit Fertigstellung innerhalb von 14 Tagen nach letztem Kontakt
3. Prüfung und ausreichende Ausstattung der Stationen und Ambulanzen mit Pflegenden, MFA, (Stations-) Sekretärinnen und Hilfspersonal
4. Sicherstellung der Qualitätszirkelarbeit (Moderation) mit niedergelassenen Zuweisern und anderen Spezialabteilungen (QZ Klinische Pädiatrie Köln, QZ Pädiatrische Allergologie und Pulmologie, QZ pädiatrische Endokrinologie WEST, QZ Pädiatrische Pneumologie)
5. Anzahl der Teilnahmen an Fallkonferenzen und Qualitätszirkeln: neonatologische FK, perinatologische FK, kinderrheumatologischer QZ, QZ Kinder-Diabetologie, QZ pädiatrische Endokrinologie EndoWEST, QZ pädiatrische Pneumologie Rheinland, QZ Nahrungsmittelallergie (NM-Provokationszentren in NRW), QZ Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Köln-Bonn, gastroenterologischer QZ Köln, Muskelzentrum Nordrhein
6. Pädiatrische Fortbildungen in Absprache mit den Zuweisern (BVKJ etc.) attraktiv gestalten
7. Anzahl Pädiatrischer Fortbildungen für Zuweiser, für Studierende (PJ, Famulanten) und hausinterne ärztliche Mitarbeiter
8. Ausbau des Behandlungsspektrums der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin:
 - Steigerung der Anzahl gastroenterologischer Endoskopien
 - Steigerung der Anzahl von Bronchoskopien
 - Ausbau der Spezialisierung für akute und chronische Schmerzen, (Re)Zertifizierung der Akutschmerztherapie
 - Reorganisation der Notfallambulanz
 - Anschaffung einer Notaufnahme-Management-Software und Beginn der elektronisch unterstützten strukturierten Ersteinschätzung (Manchester Triage), Schulung des Pflegepersonals in der Ersteinschätzung.
 - Ausstattung der Notaufnahme mit Point-of-Care Geräten.
 - Steigerung der Anzahl von Komplexbehandlungen bei Chronisch Kranken: Diabetes mellitus, Rheuma, Schmerzpatienten (Station B3), Patienten der Neurologie (Station B5), Patienten der Hämato-Onkologie (Station A5)
9. Teilnahme an Qualitätssicherungsregistern (Diabetes, Adipositas, Rheuma, Onkologie)
10. Etablierung einer Nachsorgestruktur für die poststationäre ambulante Betreuung chronisch kranker Kinder (inklusive Kooperation mit dem *Bunten Kreis*)
11. Intensivierung der Kooperation mit Selbsthilfeeinrichtungen
12. Mortalität onkologisch kranker Kinder
13. Anzahl geschulter Diabetes Patienten

Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalzentrum (am Standort Holweide):

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

Radiologische Abteilung:

1. Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie durch regelmäßige Fallbesprechungen
2. Verbesserung der Vernetzung mit den niedergelassenen Zuweiser/innen durch Qualitätszirkel im Rahmen der KV-Tätigkeit (Sonographie)
3. Förderung der Weiterbildungsassistenten/innen durch deren aktive Teilnahme an wissenschaftlichen Fachveranstaltungen
4. Umstrukturierung des Teams unter Berücksichtigung aller Mitarbeiter/innen zur Verbesserung der internen Abläufe
5. Weitere Etablierung strahlenfreier Verfahren bei angeborenen Fehlbildungen und bei der Betreuung onkologischer Patienten und Patientinnen

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 2x 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 Visitoren 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.