UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht

analog zu den Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V
über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

für das Jahr 2021

Standort Universitätsklinik Köln

2021

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Universitätsklinikum Köln und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht 2021. Jährlich geben wir Ihnen damit einen aktuellen und umfassenden Überblick über das große medizinische Leistungsspektrum und die zahlreichen Kompetenzen unserer Kliniken, Fachzentren und Institute.

Über 11.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter behandeln mit neuesten Methoden und unter Einsatz modernster Technik mehr als 59.000 stationäre Fälle und über 300.000 ambulante Kontakte von Patientinnen und Patienten mit teils seltenen und schwierigen Krankheitsbildern.

Immer wieder vertrauen Patientinnen und Patienten auf unsere Expertise und wählen das Universitätsklinikum Köln, um sich bestmöglich behandeln zu lassen. Ihnen kommt jeden Tag die enge Verbindung von universitärer Forschung und Krankenversorgung verknüpft mit einem menschlichen und freundlichen Umgang zugute. Ihr Vertrauen ist dabei Verpflichtung und Ansporn zugleich.

Wir müssen und wollen die Qualität unserer Arbeit beständig weiterentwickeln, um unseren gesellschaftlichen Auftrag in Forschung, Lehre und Krankenversorgung auch zukünftig zu erfüllen. Die weiteren Wellen der Corona-Pandemie stellte auch 2021 das Klinikum vor große Herausforderungen. Die neu entwickelten Impfstoffe kamen erst beim klinisch tätigen Personal und dann auch bei allen anderen zur Anwendung. In einer großen Impfkampagne wurden in 2021 insgesamt über 11.800 Beschäftigte erstmalig, über 11.400 vollständig geimpft (96,6 %) und über 4.300 geboostert (36,4 %). So blieb das Universitätsklinikum einsatzfähig.

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

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

Der Vorstand des Universitätsklinikums Köln im Dezember 2022

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig	Damian Grüttner	Marina Filipović	Univ.-Prof. Dr. med. Gereon R. Fink	Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel
Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor	**Stellv. Vorstandsvorsitzender und Kaufmännischer Direktor**	**Pflegedirektorin**	**Dekan**	**Stellvertrender Ärztlicher Direktor**

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA u. a. im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2021 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2021 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

Hinweis zur Darstellung nach Standorten

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

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

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

Inhaltsverzeichnis

Liebe Leserinnen, liebe Leser, ... 2

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021 ... 3

Hinweis zur Darstellung nach Standorten ... 4

Inhaltsverzeichnis ... 5

Hinweis zur Sortierung in Tabellen ... 8

Hinweis zu Fallzahlen < 4 ... 8

Hinweis zur genderneutralen Formulierung ... 8

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses ... 9

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses ... 10

Im Bericht dargestellter Standort ... 11

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers ... 12

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ... 12

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie ... 12

Organisationsstruktur des Krankenhauses ... 13

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses ... 14

A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses ... 18

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit ... 20

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses ... 22

A-9 Anzahl der Betten ... 27

A-10 Gesamtfallzahlen ... 27

A-11 Personal des Krankenhauses ... 28

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung ... 37

A-13 Besondere apparative Ausstattung ... 51

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V ... 53

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen ... 55

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I – Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin ... 56

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II – Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin ... 71

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III – Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin ... 82

B-4 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie ... 92

B-5 Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin ... 102

B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin ... 106

B-7 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie ... 118

B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie ... 126

B-9 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie ... 140

B-10 Zentrum für Neurochirurgie ... 149

B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie ... 162

B-12 Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie ... 171

B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ... 180

B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ... 192

B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie ... 202

B-16 Zentrum für Augenheilkunde – Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde ... 215

B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie ... 225

B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie ... 237

B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters ... 245

B-20 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie ... 255

B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin ... 263

B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie ... 272

B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie ... 280

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie ... 292

B-25 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin ... 305

B-26 Zentrum für Palliativmedizin ... 313

B-27 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie ... 321

B-28 Transfusionsmedizin ... 331

B-29 Zentrum für Pharmakologie ... 337

B-30 Institut für Klinische Chemie ... 342

B-31 Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie ... 346

B-32 Institut für Neuropathologie 350
B-33 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene 353
B-34 Institut für Virologie 358
B-35 Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 364
B-36 Institut für Humangenetik 368

C Qualitätssicherung 375

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 376
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 641
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 641
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 641
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 642
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 645
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 647
C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr 648

D Qualitätsmanagement 655

D-1 Qualitätspolitik 656
D-2 Qualitätsziele 657
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 658
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 660
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte 664
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 675

Hinweise zur Datengrundlage 676

Impressum 678

Hinweis zur Sortierung in Tabellen

Die Zeilen in den Tabellen der Kapitel

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

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

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

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

Hinweis zu Fallzahlen < 4

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

Hinweis zur genderneutralen Formulierung

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

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

UNIKLINIK KÖLN

Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2021

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

Im Bericht dargestellter Standort

Name	**Universitätsklinikum Köln**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**www.uk-koeln.de**
Telefon	0221 / 478 – 0
Telefax	0221 / 478 – 4095
E-Mail	**info@uk-koeln.de**
Institutions-kennzeichen (IK)*	260530283
Standortnummer**	773491000

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

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

** = Standortnummer: Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

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

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

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

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Träger	**Universitätsklinikum Köln – Anstalt des öffentlichen Rechts**
Art	öffentlich
Internet	**www.uk-koeln.de**

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Universitätsklinikum der Universität zu Köln

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Es besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung sowohl für die Psychiatrie, als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Organisationsstruktur des Krankenhauses

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP02	Akupunktur
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare
MP53	Aromapflege/-therapie
MP54	Asthmaschulung
MP04	Atemgymnastik/-therapie
	Physiotherapeutische manuelle Techniken zur Verbesserung der Atmung und zur Unterstützung der Sekretolyse, wie z. B. autogene Drainage, Ausstreichungen, Packeingriffe
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik
MP06	Basale Stimulation
	Pädagogisch-therapeutisches und pflegerisches Konzept. Es unterstützt durch ganzheitliche, körperbezogene Kommunikation schwer beeinträchtigte Menschen und fördert ihre Wahrnehmungs-, Kommunikations-, und Bewegungsfähigkeiten
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden
	Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik
	Übungsbehandlung im Wasser unter Nutzung der Auftriebskraft des Wassers
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)
	Krankengymnastisches Behandlungsverfahren nach Bobath unter Nutzung der natürlich vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems. Physiotherapeutisches Konzept auf neurophysiologischer Basis zur Behandlung von neurologischen Krankheitsbildern
MP14	Diät- und Ernährungsberatung
	Ernährungsfachkräfte übernehmen ärztlich verordnete Diät- und Ernährungsberatungen, diättherapeutische Kosteinstellungen, Berechnungen enteraler/parenteraler Ernährungspläne, Patientenschulungen und Unterweisungen des Pflegepersonals.
MP69	Eigenblutspende
	Besondere Indikation: (a) vor geplanter Operation als Vollblutspende (Vermeidung einer Fremdbluttransfusion), Herstellung von Blutplättchenkonzentraten (zur beschleunigten Wundheilung), (b) Eigenserum-Augentropfen bei schweren Fällen von trockenen Augen (Sicca-Syndrom, okkuläre GvHD u. a.)
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege
	Sicherstellung einer bedarfsgerechten, poststationären Versorgung: Es werden Leistungen z. Rehabilitation, Sozialberatung, amb. u. stat. Nachsorge sowie psychosoziale Hilfen erbracht. Die Pflegeüberleitung ist Bestandteil des Entlassmanagements, sie organisiert ambulante Pflege u. Hilfsmittel.
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie
	Therapie mit dem Ziel, Menschen mit physischen und körperlichen Schädigungen ein möglichst eigenständiges und uneingeschränktes Handeln zu ermöglichen, Üben von alltagsbezogenen Aktivitäten unter therapeutischer Anleitung, ADL-Training

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege
	Während der Behandlung in der Uniklinik Köln werden alle Abläufe zentral abgestimmt. So können wir unseren Patientinnen und Patienten eine effiziente, lückenlose und zeitnahe Versorgung ermöglichen. Dreh- und Angelpunkt dieser zentralen Koordination ist das Case Management.
MP18	Fußreflexzonenmassage
	Die Fußreflexzonentherapie ist eine alternativmedizinische Behandlungsform, bei der durch Stimulation der Fußsohle verschiedene Wirkungen im Körper erzielt werden sollen. Sie basiert auf der Annahme der Somatotopie.
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik
	In den Räumlichkeiten der Uniklinik bieten freiberufliche Hebammen Geburtsvorbereitungskurse an.
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining
	Training der geistigen Leistungsfähigkeit mit dem Ziel diese Leistungen zu erhalten oder zu steigern
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung
	Gezieltes Training bei Harninkontinenz, Übungen zur Wahrnehmung und muskulären Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur: Durch das Bewusstmachen des Miktionsablaufes soll eine Veränderung der krankhaften Entleerungsgewohnheiten erreicht werden.
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie
MP24	Manuelle Lymphdrainage
	Manuelle Massagetechnik zur Förderung des Lymphabflusses bei Ödemen
MP25	Massage
	Manuelle Massagegrundgriffe an der Muskulatur, z. B. Streichungen, Friktionen, Klopfungen
MP26	Medizinische Fußpflege
MP27	Musiktherapie
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie
	Als physikalische Therapie bezeichnet man Behandlungsverfahren, bei denen physikalische Kräfte wie Wärme und Kälte therapeutisch eingesetzt werden. Massagen gehören ebenfalls zur physikalischen Therapie.
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie
	Physiotherapie nutzt als natürliches Heilverfahren die passive, wie z. B. durch den Therapeuten geführte, und die aktive, selbstständig ausgeführte Bewegung des Menschen sowie den Einsatz physikalischer Maßnahmen zur Heilung und Vorbeugung von Erkrankungen.
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse
	Die UniReha GmbH, das Zentrum für Prävention und Rehabilitation der Uniklinik Köln, bietet für alle Interessierten regelmäßig verschiedene Präventionskurse (Rücken, Yoga, etc.) sowie ein Präventionskonzept der Deutschen Rentenversicherung an.
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
	Physiotherapeutische Therapie auf neurophysiologischer Basis: Dreidimensionale physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlungsmethode, bei denen das Bewegungsverhalten durch eine Erkrankung, Verletzung, Operation oder Degeneration gestört ist.
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP61	Redressionstherapie
	Therapie, die zur manuellen Korrektur von Fußfehlstellungen, wie z. B. Sichelfuß oder idiopathischer Klumpfuß angewandt wird. Redressionsgriffe dienen der Korrektur der Deformität.
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik
	Behandlungskonzept, welches zur Prävention von Rückenschmerzen und zur Behandlung von Patienten mit Rückenschmerzen dient. Ziel ist es, rückengerechtes Verhalten zu vermitteln und durch unterschiedliche Übungen Bauch- und Rückenmuskulatur zu stärken sowie Konzepte zur Entspannung zu liefern.
MP36	Säuglingspflegekurse
	Auf der Grundlage der entwicklungsfördernden Pflege wird auf der Säuglingsstation einmal in der Woche das Bedside-Teaching angeboten. Dabei wird zusammen mit den Eltern und ihrem Kind/ihren Kindern das Handling, das Baden/Waschen oder die Babymassage gezeigt oder intensiviert.
MP37	Schmerztherapie/-management
	Interdisz. Ansätze d. Schmerzbekämpfung im stat. und amb. Setting bieten ein breites Leistungsspektrum. Unser Akutschmerzdienst ist ärztlich 24 Std. besetzt u. betreut postoperative Schmerzen mit Verfahren wie Regionalanästhesie o. PCIA. **anaesthesie.uk-koeln.de/schwerpunkte/schmerzmedizin**
MP38	Sehschule/Orthoptik
	In der Sehschule werden strabologische und neuroophthalmologische Erkrankungen behandelt. Hier werden neben komplexen neuroophthalmologischen Krankheitsbildern auch angeborene und erworbene Schielformen, sowie Amblyopien, Augenbewegungsstörungen und Augenzittern diagnostiziert und therapiert.
MP63	Sozialdienst
	Beratung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, während des stationären Aufenthalts, in Angelegenheiten der medizinischen/beruflichen Rehabilitation und Nachsorge, sowie in psychosozialen, sozialen und wirtschaftlichen Fragen.
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit
	Alle 2 Jahre bietet die „Nacht der Technik“ Einblick in die Arbeit hinter den Kulissen (Notaufnahme, Intensivstation, OP). Reanimationskurse für Schülerinnen und Schüler mit „Medizin zum Anfassen“ (Intubation, Punktionen) finden regelmäßig statt. Girls‘ und Boys‘ Day fand coronabedingt nicht statt.
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
	Im Patienten-Informations-Zentrum bieten wir für Betroffene verständliche Informationen an, schulen sie im Umgang mit Erkrankungen, helfen bei der Vorbereitung auf Behandlungen und die Zeit danach. Pflegende Angehörige werden in Pflegetechniken angeleitet und lernen Entlastungsmöglichkeiten kennen.
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern
	Im Rahmen des stationären Aufenthaltes findet auf der Frühgeborenen-Station zweimal im Monat die Elternschule statt. Dabei wird zusammen mit den Eltern die entwicklungsfördernde Pflege durch beispielsweise Babymassagen oder der Umgang mit Tragetüchern thematisiert.
MP40	Spezielle Entspannungstherapie
	Durch Entspannungstechniken werden körperliche und psychische Anspannungen zu lösen versucht. Hierzu zählen die Progressive-Muskel-Relaxation, die Meditation, Yoga usw.

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen
	Ein Team aus Diabetolog*innen, Diabetesberater*innen, Wundpfleger*innen u. Diätassistent*innen kann Menschen mit Diabeteserkr. während d. stat. Aufenthaltes mitbetreuen. Diabetes- u. Spezialambulanzen, z. B. für Diabetes in Folge einer Mukoviszidose bestehen in d. Kinderklinik u. in d. Erw.-Medizin.
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien
	Das CEFAM (Centrum für Familiengesundheit der Uniklinik Köln) ist ein Zusammenschluss aus versch. Fachdisziplinen, die ihre interdisziplinären Behandlungsabläufe bündeln u. eine gemeinsame organisatorische Struktur nutzen. Das Ziel ist es die Familie als Ganzes zu begleiten u. zu unterstützen.
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen
	Stationäre und ambulante Patient/innen und Angehörige können zu neurologischen Erkrankungen und deren Verlauf in Bezug auf Umgang, Beobachtung, Maßnahmen, Medikamente und Dokumentation von Symptomen angeleitet und geschult werden. Eine individuelle Beratung in Spezialsprechstunden ist auch möglich.
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern/Hebammen
	Hebammen, die in der Akupunktur und Homöopathie weitergebildet sind, unterstützen die Gebärenden unter der Geburt.
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie
	Sporttherapie ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mittel des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert und regeneriert sowie Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert.
MP43	Stillberatung
	Auf den Stationen finden regelmäßige Stillberatungen durch Pflegefachkräfte und Still- und Laktationsberater/-innen statt, die nach dem Stillkonzept der Uniklinik Köln geschult sind. Ein Großteil der frühgeborenen Kinder werden gestillt oder teilgestillt nach Hause entlassen.
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie
	Prävention, Beratung, Diagnostik, Therapie u. Rehabilitation, Lehre u. Forschung auf Gebieten der Stimme, Stimmstörung u. -therapie, des Sprechens, Sprechstörung u. -therapie, der Sprache, Sprachstörung u. -therapie, des Schluckens, Schluckstörung u. -therapie sowie der Kommunikation u. des Hörens
MP45	Stomatherapie/-beratung
	Beratung bei Erstellung eines Versorgungskonzeptes für Patienten mit künstlichen Ausgängen, präoperatives Beratungsgespräch, Durchführung, Dokumentation Stomaanamnese, Stomaassessment, Evaluation Versorgungskonzepte, ganzheitliche Beratung, Patienten-, Angehörigenedukation, Sicherung Überleitung
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder
	Physiotherapie auf neurophysiologischer Basis nach Vojta unter Ausnutzung der natürlich vorhandenen Bahnungs- und Hemmungsmechanismen des Nervensystems. Behandlung neurologischer Krankheitsbilder
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen
	Behandlung mit Wärme (z. B. Fango) oder durch lokale Applikation intensiver Kälte (Kyrotherapie)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik
	Hilft der Wöchnerin typische Veränderungen durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu erkennen und dient der gezielten Wiederherstellung der geburtsbedingten Schwächung/ Funktionsstörung der Beckenorgane und der Becken-, Bauch- und Rückenmuskulatur
MP51	Wundmanagement
	Beratung bei Erstellung eines Therapie- und Versorgungskonzepts für Pat. mit chronischen Wunden und Stoma, Durchführung, Dokumentation, Wund-/Stomaanamnese u. -assessment, Evaluation Therapiekonzepte, intra- und interprofessionelle Beratung, Patienten- und Angehörigenedukation in therap. Maßnahmen
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/ Tagespflege
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen
	Die UKK ist seit 2010 „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ mit Kooperation mit d. Agentur für Selbsthilfefreundlichkeit NRW. Es findet eine Zusammenarbeit mit über 90 Selbsthilfegruppen statt, u. a. mit Kooperationsverträgen. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit d. Selbsthilfekontaktstelle Köln.

A-6 Weitere nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Patientenzimmer

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

Besondere Ausstattung des Krankenhauses

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

Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder

Nr.	Serviceangebot
NM50	Kinderbetreuung
NM63	Schule im Krankenhaus
	kinderklinik.uk-koeln.de/klinik/schule-im-krankenhaus Für schulpflichtige Patient*innen mit vorauss. mind. 4-wöchiger Behandlungszeit sowie chronisch Kranke mit kürzeren, jedoch wiederholten stationären Aufenthalten. Johann-Christoph-Winters-Schule, Klinikschule der Stadt Köln, Lindenburger Allee 38, 59031 Köln, Tel: 0221-403050, **www.jcw-schule.de**
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung

Nr.	Serviceangebot
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet
	Die JCW-Schule verfügt über elektronische Kommunikationsmittel. Der Unterricht fand und findet aber bevorzugt und nahezu ausschließlich in Präsenz statt.

Individuelle Hilfs- und Serviceangebote

Nr.	Serviceangebot
NM68	Abschiedsraum
	Neben Heilung und Genesung gehören auch Trauer und Tod zum Bild einer Klinik. Der Abschiedsraum soll Angehörigen die Gelegenheit geben, in einer geschützten und würdevollen Atmosphäre Abschied von ihren Verstorbenen zu nehmen.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen
	uk-catering.uk-koeln.de Individuelle Menüwunscherfassung ermöglicht d. Wahl innerh. d. tägl. angebotenen Komponenten u. Menüs, es werden vegetarische bzw. vegane Speisen u. diverse Sonderkosten angeboten. Kult. Essgewohnheiten, wie jüdische o. muslimische Kost, können als „Kost ohne Schweinefleisch“ berücksichtigt werden.
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten
	www.uk-koeln.de/patienten-besucher/pflege-patienten-service/veranstaltungen Im PIZ finden regelmäßig Veranstaltungen statt, u. a. zu folgenden Themen: Kurse für pflegende Angehörige, Kurse für Angehörige von Demenzerkrankten, Tabakentwöhnungsseminare, Seminare für Menschen mit Krebserkrankungen, Gerinnungsselbstmanagement, Sturzvorbeugung, palliative Begleitung, Hygiene.
NM07	Rooming-in
	Bis zum vollendeten 5. Lebensjahr können Eltern mit ihren Kindern stationär aufgenommen und im selben Zimmer untergebracht werden. Ab dem 6. Lebensjahr ist die begründete Mitaufnahme der Eltern, sowie die Unterbringung im selben Zimmer möglich.
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung
	www.uk-koeln.de/de/patienten-besucher/unterstuetzung-training/seelsorge/ Ein wichtiger Teil unserer Arbeit ist das Gespräch mit Pat. u. Angehörigen. Wir bieten seelsorgl. u. spirituelle Unterstützung an, beraten in Fragen zu Patientenverfügung u. Vorsorgevollmacht. Unser Angebot richtet sich an alle Pat. unabhängig von der religiösen u. spirituellen Anschauung.
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

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

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF02	Aufzug mit Sprachansage / Braille-Beschriftung
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen
	Nicht nur für Blinde, ehrenamtlicher FSJ-Dienst für Begleitung

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen
BF11	Besondere personelle Unterstützung
	Der Begleitservice ist am Bettenhaus, Herzzentrum und CIO angesiedelt und unterstützt und begleitet nicht-stationäre Personen mit körperlichen/kognitiven Einschränkungen sowie Ältere auf dem Klinikgelände, auch mit Rollstuhl. Eine Begleitung kann unter begleitservice@uk-koeln.de organisiert werden.
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

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

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

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

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF14	Arbeit mit Piktogrammen
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	In folgender Fachabteilung: Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung
	Ehrenamtlicher FSJ-Dienst für Begleitung

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

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

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

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF24	Diätetische Angebote

Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit
BF25	Dolmetscherdienst

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

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)
	Jährlich werden ca. 500 Studierende der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln (Ersthörer) ausgebildet.
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten
	Über Verbundprojekte (z. B. DFG-geförderte, CIO ABCD, CCCE, Sporthochschule Köln) bestehen Kooperationen mit anderen Hochschulen und Universitäten.
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher
FL09	Doktorandenbetreuung
	In 2021 promovierten 220 Doktoranden zum Dr. med., Dr. med. dent. und Dr. rer. medic.

Forschungsschwerpunkte

Die Universität zu Köln hat den Bereich „Lebenswissenschaften“ als einen zentralen Forschungsschwerpunkt eingerichtet. Die Schwerpunktbildung spiegelt die enge Zusammenarbeit zwischen der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät wider.

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

Basierend auf externen Begutachtungen hat die Medizinische Fakultät drei Forschungsschwerpunkte und einen die Forschungsschwerpunkte überspannenden Querschnittsbereich „Health & Health Services“ etabliert. Ziele der Forschungs-schwerpunkte sind, neben der Grundlagenwissenschaft, der Ausbau der patienten-nahen Forschung und die Translation in enger Verzahnung mit dem Universitäts-klinikum Köln.

Die drei Forschungsschwerpunkte der Fakultät „Tumorbiologie, Infektion und Immunität“, „Homöostatische Prinzipien im Stoffwechsel und in der Gewebe-regeneration“ und „Neuromodulation“ weisen jeweils verschiedene Gruppenförder-instrumente (SFBs, (klinische) Forschungsgruppen, Graduiertenkollegs) der DFG auf. Grundlagen dieser strukturierten Förderungen und der Forschungsschwerpunkt-bildung durch die Medizinische Fakultät sind international herausragende Publika-tionen und eine internationale Sichtbarkeit sowie über einzelne Arbeitsgruppen hinausgehende hochkompetitive wissenschaftliche Kooperationen.

Der Querschnittsbereich „Health & Health Services“ ist universitätsweit unter Einbeziehung der Humanwissenschaftlichen, Rechtswissenschaftlichen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen sowie Philosophischen Fakultäten verankert um neben medizinischen auch grundlegende ethische, rechtliche, ökonomische, human- und sozialwissenschaftliche Fragen von gesellschaftlicher Relevanz unter Einbeziehung von Versorgungsforschung zu berücksichtigen.

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

Akademische Ausbildung

Seit dem Wintersemester 2003/2004 studieren die auszubildenden zukünftigen Ärztinnen und Ärzte in einem Modellstudiengang: Interdisziplinarität, Wissenschaft-lichkeit und früher Patientenkontakt vom Studienbeginn an sowie die strukturierte Vermittlung patientennaher, ärztlicher Fertigkeiten stehen im Zentrum des Modell-studiengangs. Das Projekt „Forschung im Medizinstudium“ bietet mehrere zielgruppenorientierte Formate (Wissenschaftliche Projekte, Forschungsbörse, Graduiertenschule Human- und Zahnmedizin, Research Track) und stärkt die wissenschaftliche Ausbildung der Medizinstudierenden. Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln bietet zudem die Möglichkeit des Studiums der Zahnheilkunde in einem reformierten Studiengang an, in welchem Interdisziplinarität, die Vermittlung

kommunikativer und sozialer Kompetenzen bereits im Vorgriff auf die Änderung der Zahnärztlichen Approbationsordnung etabliert wurden.

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

Im Wintersemester 2017/18 hat die Fakultät mit dem „Bachelorstudiengang Klinische Pflege“ begonnen, die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe voranzutreiben und ist damit die erste Medizinische Fakultät in Nordrhein-Westfalen. Mit dem im Wintersemester 2021/22 gestarteten Bachelor der „Angewandten Hebammenwissenschaft“ folgte eine weitere Berufsgruppe. Jeweils 25 Studierende erlernen im dual additiven Studiengang in enger Kooperation mit der Schule für Pflegeberufe mit der Universitätsklinik Köln wissenschaftliche Methoden für die Weiterentwicklung der Pflege- und Hebammenpraxis.

Weiterhin werden zusammen mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Bachelor- und Masterstudiengang „Biochemie“ sowie mit mehreren anderen Fakultäten der Universität gemeinsam der englischsprachige „International Master of Environmental Sciences“ angeboten.

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

Der im Wintersemester 2015/16 gemeinsam mit der Humanwissenschaftlichen Fakultät begonnene Masterstudiengang „Versorgungswissenschaften“ bereitet Studierende auf die wissenschaftliche Bewertung von Versorgungsstrukturen und -leistungen vor.

Seit dem Wintersemester 2016/17 beteiligt sich die Medizinische Fakultät gemeinsam mit der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln am Masterprogramm „Drug Discovery and Development“ der Fakultät für angewandte Naturwissenschaften der Technischen Hochschule Köln.

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB01	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
	Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, aktuell noch ca. 50 Auszubildende in der Ausbildung nach dem alten Gesetz **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB02	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin
	Integrative Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege mit einjähriger Differenzierungsphase, aktuell noch ca. 100 Auszubildende in der Ausbildung nach dem alten Gesetz. **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger
	Ausbildung n. Hebammengesetz (HebG 1985) u. EU-Richtlinie 2013/55/EG: Prävention, Gesundh.-förderung, prof. Beziehungsarbeit, wissenschaftl. Arbeiten, prakt. Ausbildung m. Koop.-partnern, 24 Auszubildende, Kursbeg. z. 1.9. (demn. Studium) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin
	Physiotherap. Techniken, med. Grundlagen, Anatomie, Physiologie, Pathologie, Pädagogik, Sozial- u. Methodenkompetenz, prakt. Ausbildung in Zusammenarbeit m. UniReha GmbH, insges. 72 Ausbildungsplätze, Kursbeginn jährl. zum 1.10. **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer
	Im Jahr 2021 sind an der UKK zwei KPH-Kurse mit je 25 Ausbildungsplätzen gestartet, einjährige Ausbildung mit Einsätzen in der stationären Akutpflege und in der ambulanten Langzeitpflege. **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB12	Medizinisch-technischer Laboratioriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriums-assistentin (MTLA)
	Hämatologie, Histo-/Zytologie, Klin. Chemie, Mikrobiologie, Sozial- u. Methodenkompetenz, prakt. Ausb. in spez. konz. Lehr-Laboratorien u. Routinelabors, 44 Ausb.-plätze, Kursbeg. jährl. zu Beg. d. Schulj. (alle 3 J. setzt ein Kurs aus) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)
	Radiolog. Diagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Strahlenphysik, Dosimetrie, Strahlenschutz, Sozial- u. Methodenkompetenz, Ausbildung in Patientenversorgung, insges. 60 Ausbildungsplätze, Kursbeginn jährl. zu Beginn d. Schuljahrs **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)
	Theoretische Ausbildung nach Richtlinie der DKG in Kooperation mit der Medical School Düsseldorf, praktische Ausbildung in OP- und Funktionsbereichen, 20 Ausbildungsplätze pro Jahr, Kursbeginn zum 1. Juli (ab 2021 eigene OTA-Schule) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB14	Orthoptistin und Orthoptist
	Orthoptik, Pleoptik, Augenbewegungsstörungen, Neuroophthalmologie, Krankheits- u. Arzneimittellehre, Optik u. Brillenlehre, prakt. Ausbildung in Untersuchung u. Behandlungsmethoden, 6 Plätze pro Kurs alle 1,5 Jahre (01.03.22, 01.09.23) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
	Duales Studium: Kombination aus 3-jähriger Ausbildung mit dem Abschluss Pflegefachfrau/-mann und dem Bachelorstudium „Klinische Pflege“ an der Universität Köln, Start jährlich zum 1.10., insgesamt 75 Plätze **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
	Generalist. Ausbildung mit Möglichkeit z. Vertiefung in d. Pädiatrie, Kursbeg. zum 01.04.21 mit 56 Plätzen und 01.10.21 mit je 28 Plätzen, Ziel d. Ausbildung: Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsber. eigenverantw. zu pflegen. **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**

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

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
	Masseur und medizinischen Bademeister
	Ausbildung in Massagetechniken, physikalischen Therapien, medizinischen Grundlagen, Anatomie, Physiologie, Krankheitslehre, Pädagogik/Kommunikation, Sozial- und Methodenkompetenz, 20 Ausbildungsplätze alle 2 Jahre, Kursbeginn zum 1. Oktober (nur in den geraden Jahren) **www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe**

A-9 Anzahl der Betten

Bettenzahl	1.517
– davon Betten in Tageskliniken	47

Stichtag: 31.12.2021

A-10 Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	59.235
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	2.104
Ambulante Fälle (Kontakte)	301.254
Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)	29

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

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

A-11 Personal des Krankenhauses

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte			967,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	967,86	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	688,33	
	- ambulant	279,53	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			516,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	516,79	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	361,71	
	- ambulant	155,08	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres		0	–

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

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

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Ärztinnen und Ärzte			15,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,96	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	10,95	
	- ambulant	5,01	
Ärztlicher Direktor, Krankenhaushygiene, OP-Management, Unternehmensentwicklung, Medizinische Synergien, Betriebsärzte, Arbeitsmedizin, Infektionsprävention, Projekte			
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			13,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,17	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	8,71	
	- ambulant	4,46	

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

A-11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		1587,89
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1559,5	
	- indirekt		28,39	
Versorgungsbereich	- stationär		1525,88	
	- ambulant		62,01	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		2 Jahre		218,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		218,33	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		214,00	
	- ambulant		4,33	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		18,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		18,19	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		12,57	
	- ambulant		5,62	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann		3 Jahre		4,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,08	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		4,08	
	- ambulant		–	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		31,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		31,07	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		31,07	
	- ambulant		–	
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten		2 Jahre		22,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		22,83	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		22,83	
	- ambulant		–	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		16,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		16,72	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		16,43	
	- ambulant		0,29	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		8,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		8,16	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		8,16	
	- ambulant		–	

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Hebammen und Entbindungspfleger		3 Jahre		16,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		16,64	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		14,95	
	- ambulant		1,69	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		25,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		25,52	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		22,77	
	- ambulant		2,75	
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		93,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		93,06	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		90,94	
	- ambulant		2,12	

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

Patientenservice

Der Patientenservice der Uniklinik ist in die stationäre Patientenversorgung zur Unterstützung der Pflege fest eingebunden. Er ist verantwortlich für Speisenversorgung, Desinfektionsaufgaben, Ver- und Entsorgung (Wäsche, Material, Sterilgüter), Patientendienste und teilweise Aktenadministration.

Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		54,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		54,95	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		49,65	
	- ambulant		5,30	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		4,88
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,88	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		4,88	
	- ambulant		–	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		0,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,84	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		–	
	- ambulant		0,84	

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten		2 Jahre		22,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		22,83	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		22,83	
	- ambulant		–	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		6,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,21	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		6,14	
	- ambulant		0,07	
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		0,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,18	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		0,18	
	- ambulant		–	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		1,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,76	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		1,63	
	- ambulant		0,13	
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		13,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		13,22	
	- indirekt		–	
Versorgungsbereich	- stationär		13,22	
	- ambulant		–	

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

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

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen			12,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,84	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	8,61	
	- ambulant	4,23	
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten			3,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,78	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	2,74	
	- ambulant	1,04	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten			5,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,07	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	3,36	
	- ambulant	1,71	
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)			11,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,20	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	11,20	
	- ambulant	–	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten			10,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,85	
	- indirekt	6,60	
Versorgungsbereich	- stationär	9,10	
	- ambulant	1,35	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten			5,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	–	
	- indirekt	5,17	
Versorgungsbereich	- stationär	5,17	
	- ambulant	–	
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen			5,17
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,17	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	3,67	
	- ambulant	1,50	

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP04	Diätassistentin und Diätassistent			2,84
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,84	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	1,49	
		- ambulant	1,35	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe			27,42
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	27,42	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	20,67	
		- ambulant	6,75	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut			25,81
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,09	
		- indirekt	17,72	
	Versorgungsbereich	- stationär	23,39	
		- ambulant	2,42	
SP06	Erzieherin und Erzieher			26,78
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	26,78	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	25,78	
		- ambulant	1,00	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge			8,07
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,07	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	5,80	
		- ambulant	2,27	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut			5,07
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,07	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,36	
		- ambulant	1,71	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut			0,94
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,94	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,80	
		- ambulant	0,14	
SP14	Logopädin und Logopäde/ Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/ Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/ Phonetikerin und Phonetiker			20,13
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,47	
		- indirekt	13,66	
	Versorgungsbereich	- stationär	16,88	
		- ambulant	3,25	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister			10,42
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,56	
		- indirekt	3,86	
	Versorgungsbereich	- stationär	9,61	
		- ambulant	0,81	
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)			23,59
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	23,59	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	16,63	
		- ambulant	6,96	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)			207,14
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	207,14	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	150,84	
		- ambulant	56,30	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)			94,52
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	94,52	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	57,80	
		- ambulant	36,72	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut			0,66
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,66	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,58	
		- ambulant	0,08	
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)			3,44
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,44	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,24	
		- ambulant	0,20	
SP17	Oecotrophologin und Oecothrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)			1,79
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,79	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	1,13	
		- ambulant	0,66	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/ Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher			1,92
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,92	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	1,73	
		- ambulant	0,19	
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/ Augenoptikerin und Augenoptiker			10,33
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,33	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	0,63	
		- ambulant	9,70	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater			1,00
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	1,00	
		- ambulant	–	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement			5,47
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,47	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	5,20	
		- ambulant	0,27	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie			14,47
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,78	
		- indirekt	12,69	
	Versorgungsbereich	- stationär	14,47	
		- ambulant	–	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta			16,96
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,50	
		- indirekt	16,46	
	Versorgungsbereich	- stationär	15,84	
		- ambulant	1,12	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut			76,61
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,14	
		- indirekt	59,47	
	Versorgungsbereich	- stationär	72,57	
		- ambulant	4,04	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut			5,13
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,13	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	3,75	
		- ambulant	1,38	

Nr.	Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP58	Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)			11,20
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,20	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	11,20	
		- ambulant	–	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter			9,79
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,79	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	8,21	
		- ambulant	1,58	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge			28,03
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt	28,03	
		- indirekt	–	
	Versorgungsbereich	- stationär	19,77	
		- ambulant	8,26	

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. Thomas Groß
Position	Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien
Straße	Kerpener Straße 62
PLZ / Ort	50937 Köln
Telefon	0221 / 478 – 6740
Telefax	0221 / 478 – 6778
E-Mail	**thomas.gross@uk-koeln.de**
Arbeitsschwerpunkte	Leiter Medizinische Synergien: Risikoaudits, Risikomanagement, Lob- und Beschwerdemanagement, CIRS = Critical Incident Reporting System, Dokumentationsanalysen, Fallanalysen bei Patientenschäden

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement berichtet direkt an den zweiwöchentlich tagenden Vorstand, der somit auch die Lenkung des Risiko- und Qualitätsmanagements übernimmt.
Tagungsfrequenz	andere Frequenz*

* = Die Auswahlliste des G-BA enthält keine Möglichkeit zur Angabe der zweiwöchigen Frequenz.

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Name	Dr. Thomas Groß
Position	Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien
Straße	Kerpener Straße 62
PLZ / Ort	50937 Köln
Telefon	0221 / 478 – 6740
Telefax	0221 / 478 – 6778
E-Mail	**thomas.gross@uk-koeln.de**
Arbeitsschwerpunkte	Leiter Medizinische Synergien: Risikoaudits, Risikomanagement, Lob- und Beschwerdemanagement, CIRS = Critical Incident Reporting System, Dokumentationsanalysen, Fallanalysen bei Patientenschäden

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement berichtet direkt an den zweiwöchentlich tagenden Vorstand, der somit auch die Lenkung des Risiko- und Qualitätsmanagements übernimmt.
Tagungsfrequenz	andere Frequenz*

* = Die Auswahlliste des G-BA enthält keine Möglichkeit zur Angabe der zweiwöchigen Frequenz.

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Verfahrensanweisung Risikomanagement der Uniklinik Köln Letzte Aktualisierung: 09.05 2016
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Tumorkonferenzen Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen Pathologiebesprechungen Palliativbesprechungen Qualitätszirkel
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung: 30.06.2010
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Frequenz: bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Frequenz: monatlich

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

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

Beinahe jede der 626 CIRS Meldungen in 2021, die arbeitstäglich bearbeitet wurden, führte zu Korrekturen oder Veränderungsmaßnahmen, z. B.

- Sichtfenster in den Türen Zimmern der Intensivstation mit COVID-19 Patienten, um einfachere Sichtkontrollen durchführen zu können
- Korrektur eines Fehlers bei der Datenübernahme des Bundesmedikationsplans in die elektronische Fieberkurve
- Bessere Abstimmungen bei der Aufbereitung von Sterilgut

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

Zentrale Krankenhaushygiene

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

Seit gut 20 Jahren besteht an der Universitätsklinik Köln die Stabstelle Zentrale Krankenhaushygiene, die für die Einführung und Überwachung angemessener Maßnahmen zur Infektionsvermeidung zuständig ist. Sie ist aktuell mit zwei Fachärztinnen (Fachärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie), einem Facharzt für Innere Medizin und einem Facharzt für Anästhesiologie, die beide die curriculäre Weiterbildung zum Krankenhaushygieniker abgeschlossen haben, eine Krankenhaushygienikerin (Bachelor) und 9 Hygienefachschwestern bzw. -pflegern sowie zwei Hygienefachkräfte in Weiterbildung besetzt. Darüber hinaus steht dem Team für die Bauhygiene ein Ingenieur und für die Lebensmittelhygiene eine Lebensmittelchemikerin zur Verfügung.

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

Begleitend zur Erstellung und kontinuierlichen Aktualisierung von Hygiene- und Desinfektionsplänen erfolgt die Fortbildung und Einweisung des Personals in die etablierten Standards.

Im Rahmen so genannter Hygienevisiten wird das Personal beraten, die Umsetzung der gesetzten Vorgaben hinterfragt, Verbesserungsvorschläge gemeinsam erarbeitet und in der Praxis umgesetzt.

Ausgewählte im Krankenhaus erworbene (nosokomiale) Infektionen und das Vorkommen von Keimen mit besonderen Resistenzmerkmalen werden fortlaufend erfasst. In Zusammenarbeit mit den Kliniken werden dann die optimalen Vermeidungsstrategien entwickelt und umgehend eingeführt. Die im Bereich der Intensivstationen erhobenen Daten werden fortlaufend dem Nationalen Referenzzentrum zur Surveillance nosokomialer Infektionen in Berlin zur Verfügung gestellt.

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

Es ist für alle Beschäftigten, auch im Auftrag von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, möglich ein Hygienekonsil zu beauftragen, um zu allen Fragen der Infektionsprävention informiert und beraten zu werden (z. B. im Umgang mit COVID-19 oder multiresistenten Erregern).

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

Außerdem überprüft die Krankenhaushygiene routinemäßig die Wasserqualität in allen Gebäuden und die einwandfreie Funktion von Desinfektions- und Sterilisationsgeräten.

Viermal jährlich erfolgt eine mikrobiologische Prüfung aller flexiblen Endoskope, die bei Spiegelungen des Magen-Darm-Traktes oder des Bronchialbaums zum Einsatz kommen, zweimal jährlich werden alle Behandlungseinheiten in der Zahnklinik mikrobiologisch untersucht.

Antimicrobial Stewardship (ABS)

Für die Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung in der Universitätsklinik Köln wurde bereits 2015 das multidisziplinäre Team zur Antibiotika Stewardship (ABS-Team) gebildet, das aus ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Infektiologie, der mikrobiologischen Diagnostik und klinisch-mikrobiologischen Beratung, der operativen Intensivmedizin, der pädiatrischen Infektiologie, der Krankenhaushygiene und aus erfahrenen Fachapothekerinnen für klinische Pharmazie/Krankenhauspharmazie besteht. 2017 konnte eine ärztliche 0,5 VK-Stelle zur Stärkung des ABS-Teams besetzt werden. Die Leitung des ABS-Teams wurde inzwischen der Stabsstelle Antimicrobial Stewardship (ABS) übertragen, die dem Ärztlichen Direktor zugeordnet ist.

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl
Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen	5
Zwei Hygienikerinnen sind Fachärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin sowie Fachärztinnen für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Ein weiterer Krankenhaushygieniker befindet sich in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftrage Ärztinnen	36
Jede Abteilung verfügt über mindestens eine/n hygienebeauftragte/n Arzt/Ärztin.	
Hygienefachkräfte	9
FachGesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Fachkindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen für Hygiene und Infektionsprävention – „Hygienefachkräfte“ (HFK) Zusätzlich sind in der Abteilung noch eine Krankenschwester ohne Fachweiterbildung, ein Ingenieur (technische Hygiene und Baumaßnahmen) und eine Lebensmittelchemikerin (Lebensmittel- und Küchenhygiene) tätig. Eine „Hygienefachkraft“ befindet sich in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte in der Pflege	121
Eigener, einwöchiger Fortbildungskurs ist am Klinikum etabliert und wird einmal jährlich sowie zusätzlich nach Bedarf durchgeführt.	

Alle Angaben nach Personen

Zusätzliches Personal in der Zentralen Krankenhaushygiene:

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

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

Hygienekommission

Eine Hygienekommission ist eingerichtet.

Tagungsfrequenz: quartalsweise

Vorsitzende/Vorsitzender

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

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt:	ja
1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.	ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	ja
b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	ja
d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:	
- sterile Handschuhe	ja
- steriler Kittel	ja
- Kopfhaube	ja
- Mund-Nasen-Schutz	ja
- steriles Abdecktuch	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja
2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	ja
Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	ja
Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	ja

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

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	181,00 ml/ Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	60,00 ml/ Patiententag
Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.	ja

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

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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	nein
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS DAS-KISS HAND-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS
	KISS (Krankenh.-Infekt.-Surveillance-System): CDAD = Clostr. diff. ass. Diarrhoe, DAS (Fehler in der G-BA-Auswahlliste) -> ITS = Intensivstation, HAND = Händedesinfektionsmittelverbrauch, MRSA = Methicillin-resist. Staph. aur., OP-KISS = postoperative Wundinfektionsraten, **www.nrz-hygiene.de**	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	MRE-Netzwerk Rhein-Ahr
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	durch Tochterfirma Sterilgut GmbH
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	jährlich

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	
BM01	Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	ja
	Ein strukturiertes, zentrales Beschwerdemanagement wurde in 2004 eingeführt. In 2014 wurde es aufgrund der hohen Anzahl positiver Rückmeldungen in Lob- und Beschwerdemanagement umbenannt. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für Stellungnahmen und Informationen sind die jeweiligen Führungskräfte oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, an die diese Aufgabe delegiert worden ist.	
BM02	Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	ja
	Die einzelnen Schritte bei der Bearbeitung von Rückmeldungen sind in einer Verfahrensanweisung detailliert schriftlich festgelegt. Die Verfahrensanweisung geht bei der Beschreibung des Ablaufes u. a. ein auf Beschwerdestimulation, Beschwerdewege, Information der betroffenen und verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Zwischenbescheid, Korrekturmaßnahmen, Antwort an den Beschwerdeführer, Auswertung und Bericht an den Vorstand.	
BM03	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	ja
	Der Umgang mit mündlichen Rückmeldungen (Gesprächsführung bei Telefonaten, persönlichen Gesprächen, Besuchen am Krankenbett) ist in der Verfahrensanweisung und in deren Anlagen für alle Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter geregelt. Das gilt auch für das Weiterleiten mündlicher Beschwerden an das Lob- und Beschwerdemanagement.	
BM04	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	ja
	Auch der Umgang mit schriftlichen Rückmeldungen (mündlicher oder schriftlicher Zwischenbescheid, mündliche oder schriftliche abschließende Antwort) sowie das Formulieren schriftlicher Antworten ist geregelt.	
BM05	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert	ja
	Zeitziele sind in der Verfahrensanweisung schriftlich definiert (Zwischenbescheid spätestens nach 2 Tagen, abschließende schriftliche Antwort spätestens nach 4 Wochen).	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	
	Es sind zwei Ansprechpartnerinnen benannt. Die Verantwortlichkeiten sind in der Verfahrensanweisung geregelt. Eva-Maria Heidrich und Janna Worms Lob- und Beschwerdemanagement Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 30963 Telefax: 0221 / 478 – 1431400 E-Mail: **lobundbeschwerden@uk-koeln.de**	

Nr.	Lob- und Beschwerdemanagement	
BM07	Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	
	Die unabhängige Patientenfürsprecherin ist mittwochs 10 – 12 Uhr im Büro der ev. Seelsorge, Bettenhaus, Ebene 1 oder unter Telefon 0221 / 478-5529 (Anrufbeantworter) zu erreichen. Der Kontakt kann auch über Pflegekräfte o. den Infoschalter in der Eingangshalle des Bettenhauses vermittelt werden. Die Zufriedenheit u. das Wohlbefinden der Patienten werden durch persönliche Besuche am Krankenbett erfragt. Die Patientenfürsprecherin berichtet einmal jährlich dem Vorstand in einer besonderen Sitzung. Maria Schidlowski Unabhängige Patientenfürsprecherin Kerpener Straße 62 50937 Köln Telefon: 0221 / 478 – 5529 Telefax: 0221 / 478 – 32096 E-Mail: **patientenfuersprecher@uk-koeln.de**	
BM08	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	ja
	https://www.uk-koeln.de/de/patienten-besucher/lob-beschwerden/ Das Abgeben anonymer Beschwerden ist möglich (z. B. über ein Internet-Formular), diese werden - soweit bei Fehlen genauerer Daten sinnvoll und möglich - ebenfalls bearbeitet.	
BM09	Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.	ja
	Patientenbefragungen wurden bis einschließlich 2016 einmal pro Jahr, danach an allen geraden Jahren, in Zusammenarbeit mit dem Picker-Institut durchgeführt: Ca. 5.000 stationäre Patientinnen und Patienten werden jeweils anonym befragt. Die Ergebnisse werden den einzelnen Kliniken zur Verfügung gestellt. Sie erhalten Unterstützung beim Einleiten von Korrekturmaßnahmen. Zusätzlich werden Ergebnisse von Patientenbefragungen durch Krankenkassen berücksichtigt.	
BM10	Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.	ja
	Im Onkologischen Zentrum des Centrums für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf in der Uniklinik Köln finden gemäß der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre Einweiserzufriedenheitsermittlungen statt. Diese werden in allen Zentren, Modulen und Schwerpunkten durchgeführt und in einer gemeinsamen Auswertung präsentiert. Die Ergebnisse werden im Managementreview diskutiert und entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Die nächste Befragung ist für 2023 geplant.	

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl der Personen
Apothekerinnen und Apotheker	20
Weiteres pharmazeutisches Personal	35
Fachapotheker für Klinische Pharmazie, geriatrische Pharmazie, Arzneimittelinformation und onkologische Pharmazie, ABS-Experten, Clinical Pharmacy (UK und USA), Fach-PTA Krankenhaus, Fach-PTA für onkologische Pharmazie, B. Sc. Medizinökonomie	

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

Allgemeines

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

Aufnahme ins Krankenhaus

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

Medikationsprozess im Krankenhaus

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe, ifap klinikCenter, Gelbe Liste, Fachinfo-Service)
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen - Gebrauchsfertige Arzneimittel bzw. Zubereitungen werden z.T. eingekauft und z.T. durch die Apotheke hergestellt. - Schulung durch die Apotheke - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona, Rpdoc, AIDKlinik, ID Medics bzw. ID Diacos Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System) - Zytostatika Cato, Rezeptdruck Agfa Orbis mit PharmIndex Plus, Modulschrankversorgung mit Bestellung per Scanner
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) - andere Maßnahme: Aktionstage zu Antimicrobial Stewardship (ABS) sowie zu Patientensicherheit

Entlassung

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h[1]
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation	–
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	ja
	Biplaner Herzkathetermessplatz mit Angiographiegerät		
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	ja
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	ja
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	ja
	Dual-Layer-Detektor-Computertomographie DVT (Digitales Volumen Tomographiegerät) für den Kopf-Bereich in der Mund-, Kiefer- und Plastischen Gesichtschirurgie Integriertes PET/CT (Biograph 1b true Point) in der Nuklearmedizin		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	ja
	Amplituden-integriertes EEG		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	–
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	ja
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/–unterstützung	ECMO	ja
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	–
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	ja
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung	–
AA69	Linksherzkatheterlabor	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	ja
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung	–
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	ja
	MRT-gesteuerte HIFU-Interventions-Ausstattung		
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse	–
	Röntgenstereotaktisches Mamma-Interventions-Anlage		

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h[1]
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	–
	Gammakamera (Darstellung von Krankheitsherden mittels radioaktiver Arzneimittel)		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	–
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter	–
AA30	Single-Photon-Emissionscomputer-tomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens	–
	Schnittbildgebung mittels radioaktiver Arzneimittel		
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten	–
	Gammakamera (Darstellung von Krankheitsherden mittels radioaktiver Arzneimittel)		
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung	–

[1] = Notfallverfügbarkeit ist 24 Stunden am Tag sichergestellt. Die Vorgaben für diesen Bericht sehen nicht bei jedem Gerät die Angabe zur Notfallverfügbarkeit vor, daher kann bei keiner Angabe nicht darauf geschlossen werden, dass die Notfallverfügbarkeit nicht gegeben ist.

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung	
Basisnotfallversorgung (Stufe 1)	nein
Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2)	nein
Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3)	ja
Umstand, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur Notfallstufe führt: Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)	
Erfüllung des Moduls der Spezialversorgung	nein

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

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

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Trifft nicht zu.

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung	
Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.	ja

Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung	
Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.	nein

UNIKLINIK KÖLN

B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen

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

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Hallek

B-1.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I** – Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**innere1.uk-koeln.de** **cio-koeln-bonn.de** CIO – Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie (0105) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Michael Hallek**
Telefon	0221 / 478 – 39707
Telefax	0221 / 478 – 5455
E-Mail	**med.1-direktion@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

Im Vordergrund steht die patientenorientierte, interdisziplinäre und menschliche Behandlung internistischer Erkrankungen. Für Fragen wenden Sie sich jeder Zeit gerne an uns.

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
	Unsere Klinik hat eine hohe Kompetenz bei der Behandlung der Blutvergiftung u. Sepsis. Diese Kompetenz ist für zahlreiche Patientinnen u. Patienten mit onkologischen, hämatologischen, infektiologischen u. immunologischen Erkrankungen, auch im Rahmen intensivmedizinischer Behandlungen, von Bedeutung.
VI00	CAR-T-Zelltherapie Zentrum
	Die CAR T-Zell-Therapie ist eine innovative zelluläre Immuntherapie. Die Klinik I für Innere Medizin bietet durch enge Verzahnung von hochspezialisierter ambulanter Behandlung und stationärer Therapie einschließlich der Leukapherese ein optimales Umfeld für die Entwicklung hochkomplexer Therapien.
VI00	Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)
	Im CIO (Centrum für Integrierte Onkologie, **www.cio-koeln.de**) behandelt eine interdisziplinäre Fachgruppe Pat. mit Tumorerkrankungen nach dem aktuellsten Stand d. Forschung, besonderes Anliegen ist d. umfassende Betreuung während d. gesamten Behandlungsablaufs mit Pat.-Begleitern u. Begleiterinnen.
VI00	CLL-Sprechstunde
	Spezialsprechstunde für Patientinnen u. Patienten mit chronisch-lymphatischer Leukämie (CLL), hämato-onkologische Diagnostik, Bluttransfusionen, Chemotherapien, ausführliche, individuelle Beratung, psycho-onkologische Betreuung, Möglichkeit zur Einholung einer Zweitmeinung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
	Die Diagnostik und Therapie abwehrgeschwächter Patientinnen und Patienten ist ein Schwerpunkt in unserer Klinik. Im Vordergrund stehen vor allem Patientinnen und Patienten mit einer HIV-Infektion, mit Abwehrschwäche oder Tumorerkrankungen. Intensive Zusammenarbeit mit der AIDS-Hilfe Köln.
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis und Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen und Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
	Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung bei operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) für Gerinnungs-Notfalldiagnostik
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
	Zytomorphologische Begutachtung von Blut- und Knochenmarkausstrichen sowie Punktionsmaterialien, Immunphänotypisierung von Leukämien und Lymphomen, molekulargenetische Analysen klonaler Marker bei der AML, ALL und CML, Forschungsschwerpunkt u. a. Minimale Resterkrankung bei Leukämien (MRD)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
	Diagnostik und Therapie von infektiologischen Krankheitsbildern, Lungenentzündung, unklares Fieber, Tuberkulose, Tropenkrankheiten sowie infektiologisches Monitoring immunsupprimierter Patientinnen und Patienten und infektiologischer Konsildienst
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
	Ausführliche Diagnostik und Therapie von hämatoonkologischen, malignen Erkrankungen und soliden Tumoren. Insbesondere Chemotherapie, Antikörpertherapie, orale Tumortherapie, Transfusionen, Transplantationen und best supportive care, Innovative Behandlung unter Einbeziehung klinischer Studien
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis wie rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis und Psoriasisarthritis, ebenso entzündliche Systemerkrankungen wie Kollagenosen und Vaskulitiden, im Rahmen klinischer Studien auch mit neuen Therapeutika, vornehmlich Biologika
VI00	Gerinnungsambulanz
	Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltägl. Betreuung, Beratung bei operativen Eingriffen, schnelle Akuthilfe, RotationsThrombelastographie (ROTEG) für Gerinnungs-Notfalldiagnostik
VI00	Hämapherese
	Hämapherese dient d. Sammlung o. Entfernung v. verschiedenen Blutzellen o. des Blutplasmas, ähnl. wie d. Dialyse wasserlösl. Substanzen aus d. Blut entfernt: Stammzellapherese (zur Transplantation), Leuk-, Thrombozyten- u. Erythrozytenapherese, Plasmaaustausch, Photopherese, Entnahme v. CAR-T-Zellen
VI00	Infektionsschutzzentrum
	Das Infektionsschutzzentrum wurde pandemiebedingt errichtet zur Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19.
VI20	Intensivmedizin
	Intermediate Care Station und Intensivstation (inkl. ECMO-Zentrum) behandeln internistische Grunderkrankungen in kritischer, teils lebensbedrohl. Situation. Der Schwerpunkt liegt in der Sicherung von Kreislauf und Atmung. Intensivmedizinisch fachweitergebildetes ärztliches und pflegerisches Personal
VI00	Klinisches Studienzentrum
	Einsatz der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse für die optimale Patientinnen- und Patientenversorgung, kontrollierte Therapiestudien zur Weiterentwicklung in der Hämatologie/Onkologie, zusätzliche Betreuung durch Studienspezialistinnen und -spezialisten
VI00	Mikrobiotatransfer
	Durchführung von Mikrobiotatransfer (Stuhltransplantation) bei rezidivierender Clostridioides difficile Infektion

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI37	Onkologische Tagesklinik
	Hämato-onkologische Diagnostik inkl. Immunphänotypisierung (FACS), molekulargenetische Untersuchungen, ambulante Chemotherapien, Bluttransfusionen, Zellseparationsverfahren (Hämapherese inkl. Stammzellapherese), enge Vernetzung mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO)
VI00	Psychoonkologie
	Krebspatient/innen u. ihren Angehörigen steht im Haus LebensWert ein breit gefächertes psychoonkologisches Angebot zur Verfügung. Ein Team aus Psychotherapeut/innen, Bewegungs-, Kunst-, Musiktherapeut/innen u. Sozialarbeiter/innen hilft sich mit den entstehenden Ängsten u. Sorgen auseinanderzusetzen
VI27	Spezialsprechstunde
	CLL-Sprechstunde, T-PLL-/T-LGL-/T-Zell-Lymphom-Sprst., Sprst. Gastrointestinale Tumore, Sprst. Lungenkrebs, Sprst. Hämoglobinopathien, Hodgkin-Lymphom-Sprst., Leukämie- und MDS-Sprst, Sprst. Neuroendokrine Tumoren, Non-Hodgkin-Lymphom-Sprst., post-COVID-Sprst.
VI00	Spezialambulanz für COVID-19-genesene Patienten
	Die post-COVID-Spezialsprechstunde bietet eine Beratung und Behandlung von Patienten mit Symptomen nach einer durchgemachten Sars-CoV-2-Infektion an.
VI00	Sportonkologie
	Prof. Sporttherapie während des stat. Aufenthalts unter Aufsicht einer Sportwissenschaftlerin o. eines Sportwissenschaftlers, durch körperliche Aktivität soll die Lebensqualität gesteigert u. die Erholungsphase nach Therapien verkürzt werden, entwickelt in Koop. mit d. Deutschen Sporthochschule Köln
VI45	Stammzelltransplantation
	Autologe Stammzelltransplantation: Pat. werden eigene, kryokonservierte Stammzellen transplantiert. Allogene Stammzell- u. Knochenmarktransplantation: Pat. werden nach Chemotherapie Stammzellen einer/s gesunden (bevorzugt verwandten) Spenderin/Spenders transplantiert. Eigenes Stammzell-Labor.
VI00	Traditionelle Chinesische Medizin
	Komplementäre Maßnahmen wie die Traditionelle Chinesische Medizin (Akupunktur, Phytotherapie und Diätetik) oder Bioresonanz ergänzen die klassische Schulmedizin.

B-1.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3.116
Teilstationäre Fallzahl	166
Anzahl Betten	142

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

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.

B-1.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C83	Lymphknotenkrebs, der ungeordnet im ganzen Lymphknoten wächst – Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom	451
2	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	202
3	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	199
4	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	177
5	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	175
6	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	174
7	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen – ARDS	106
8	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	101
9	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs – Morbus Hodgkin	78
10	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	73
13	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungs-organen	57
12	C16	Magenkrebs	53
13	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht – Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	52
14	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	49
15	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht – Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	46
16	C15	Speiseröhrenkrebs	45
17	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknoten-krebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	42
18	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	37
19	D57	Sichelzellenkrankheit	35
20	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	30
21	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	29
22	Z52	Spender von Organen oder Geweben	27
23	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	25
24	C40	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel der Gliedmaßen	24
25	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	23
26	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	17
27	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	16
28	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herz-schrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	16

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
29	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	15
30	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	15

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	1.086
2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	984
3	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	925
4	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	922
5	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	719
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	650
7	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	606
8	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	478
9	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	448
10	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	404
11	8-824	Bestrahlung des Blutes mit UV-Licht zur Behandlung bestimmter Tumoren – Photopherese	379
12	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	355
13	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	322
14	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	286
15	5-410	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation	230
16	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	223
17	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	220
18	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	203
19	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	185
20	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	160
21	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	159
22	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	159
23	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	136
24	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	133

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
25	6-005	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 5 des Prozedurenkatalogs	131
26	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	127
27	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	118
28	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	107
29	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	105
30	1-941	Umfassende Untersuchung von Blutkrebs	94

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) von onkologischen Erkrankungen

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

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

Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

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

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

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

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

CLL-Sprechstunde

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

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

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

Gerinnungsambulanz (Hämostaseologie)

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

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

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

Hämapherese

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

Die Hämapherese dient der Sammlung oder Entfernung von verschiedenen Blutzellen oder des Blutplasmas, z. B. Stammzellgewinnung, Plasmapherese und Photopherese.

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

Hämatologisch-onkologische Ambulanz

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

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

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

Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI27	Spezialsprechstunde
VI45	Stammzelltransplantation

Immunologische Ambulanz

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

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche) (mit Ablauf 18. April 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

Infektionsambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI27	Spezialsprechstunde
Anlage Nr.	**Angebotene Leistung nach § 116b SGB V**
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS
Anlage Nr.	**Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V**
Anlage 2 a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Infektionsschutzzentrum

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik, Beratung und Behandlung von Patienten mit COVID-19

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

Medizinisches Versorgungszentrum Innere Medizin/Infektiologie

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI27	Spezialsprechstunde

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

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

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

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

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

Privatambulanz

Privatambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren (Zervix-, Corpus-, Ovarial-,Vulva-, Vaginalkarzinom)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VN07	Diagnostik und Therapie gutartiger Tumoren des Gehirns
VN06	Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen des Gehirns
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI38	Palliativmedizin
VI27	Spezialsprechstunde
VI45	Stammzelltransplantation

Transplantationsambulanz

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

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

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

Tumorambulanz des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO)

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

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

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren
Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren
Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren
Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren (mit Ablauf 25. April 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-1.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			39,05	79,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	39,05		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	30,37		
	- ambulant	8,68		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			28,60	108,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	28,60		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	22,25		
	- ambulant	6,35		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-1.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildung-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		176,08	17,70
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		174,68		
	- indirekt		1,40		
Versorgungsbereich	- stationär		161,99		
	- ambulant		14,09		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,78	1.750,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,78		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,92		
	- ambulant		0,86		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann		3 Jahre		1,00	3.116,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		0,96	3.245,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,96		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,96		
	- ambulant		–		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		0,50	6.232,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,50		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,50		
	- ambulant		–		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		1,00	3.116,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		6,06	514,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,06		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		6,06		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – Anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	B.C. Pflegewissenschaft
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
	Psychologie
PQ12	Notfallpflege
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP16	Wundmanagement

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

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Benzing

B-2.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II** – Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**nephrologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie (0104) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Benzing**
Telefon	0221 / 478 – 4480
Telefax	0221 / 478 – 5959
E-Mail	**thomas.benzing@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

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

Zentrale Notaufnahme (ZNA)

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Volker Burst

Telefon 0221 / 478 – 86285
volker.burst@uk-koeln.de

Transplantation

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Christine Kurschat

Telefon 0221 / 478 – 4110
christine.kurschat@uk-koeln.de

Stationäre Nephrologie

Bereichsleitung

Prof. Dr. med. Roman-Ulrich Müller

Telefon 0221 / 478 – 86918
roman-ulrich.mueller@uk-koeln.de

Ambulante Nephrologie

Bereichsleitung

Dr. med. Franziska Grundmann

Telefon 0221 / 478 – 84618
franziska.grundmann@uk-koeln.de

Ambulante Rheumatologie

Bereichsleitung

Dr. med. Torsten Kubacki

Telefon 0221 / 478 – 97630
torsten.kubacki@uk-koeln.de

Nephrologische Forschung

Bereichsleitung
Prof. Dr. med. Bernhard Schermer
Telefon 0221 / 478 – 89030
bernhard.schermer@uk-koeln.de

Universitäre Altersmedizin

Bereichsleitung
Prof. Dr. med. Paul Brinkkötter
Telefon 0221 / 478 – 30627
paul.brinkkötter@uk-koeln.de

B-2.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-2.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC61	Dialyseshuntchirurgie
	Zentrum mit Kompetenzen der Nephrologie, der Gefäßchirurgie und der interventionellen und diagnostischen Radiologie für Neuanlage und Revisionen von bestehenden Shunts, Priorität zur Verwendung von patienteneigenem Gewebe, ausreichend frühe Erstanlage zur Vermeidung von passageren Dialysekathetern

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI00	CAPD-Ambulanz
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
	Ambulanz für Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Zusammenarbeit m. niedergelassenen Kollegen u. der stationären Versorgung, ausführliche, zeitnahe nephrologische Diagnostik, individuelle Beratung, Therapie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, Möglichkeit z. Einholung einer Zweitmeinung

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
	Ambulante und stationäre Betreuung von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen und systemisch-entzündlichen Krankheiten sowie erworbenen und angeborenen Immundefekten, neue Therapiemöglichkeiten (Biologika), interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen
VI00	Durchführung aller Dialyse- und Aphereseverfahren
	Dialyse-Abtlg. (24 Std.) mit 14 Plätzen, sämtl. Dialyse- u. Aphereseverfahren amb. u. stat.: Hämodiafiltration, Hämafiltration, Hämodialyse, Lipidapharese, Plasmapherese, Immunadsorption, Rheopherese, Photopherese, sep. Isolierzimmer für infekt. Erkrankungen, amb. Implantation von Dialysekathetern
VI00	Notaufnahme
	In der Notaufnahme-Ambulanz mit einer angeschlossenen Notaufnahme-Station werden sämtliche Notfälle und kritische Erkrankungen regional und überregional durch ein interdisziplinäres Team auf höchstem Niveau schnell und zuverlässig diagnostiziert und behandelt.
VI41	Shuntzentrum
VI00	Spezialambulanz für Erbliche Nierentumore
VI00	Spezialambulanz für Glomerulonephritiden
VI00	Spezialambulanz für Primäre Hyperoxalurie
VI00	Spezialambulanz für Zystennieren und erbliche Nierenerkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
	Morbus Fabry (Fabry-Anderson-Krankheit)

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU15	Dialyse
VU16	Nierentransplantation
	Vorbereitung u. Nachsorge: Nieren- u. Nierenpankreastransplantation, Blutgruppenungleiche Nierenlebendspende bei Kindern u. Erwachsenen, Transplantation bei immunisierten Patient/innen, Desensibilisierungsprotokolle bei spenderspezifischen Antikörpern oder positivem Crossmatch, Überkreuzlebendspende
VU14	Spezialsprechstunde
	Morbus Fabry (Fabry-Anderson-Krankheit): erblich bedingte lysosomale Speicherkrankheit, schwere Funktionsschädigungen an Haut, Augen, Herz, Nieren, Nervensystem. Umfassende Untersuchungen der Organe und bestmögliche Betreuung im Fabry-Kompetenzzentrum durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.930
Teilstationäre Fallzahl	113
Anzahl Betten	65

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

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung (Dialyseplätze).

B-2.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	109
2	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	104
3	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	88
4	I50	Herzschwäche	72
5	N17	Akutes Nierenversagen	68
6	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	62
7	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	61
8	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	55
9	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	53
10	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	48
11	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	32
12	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	30
13	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	29
14	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift – nekrotisierende Vaskulopathien	29
15	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	28
16	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	25
17	I46	Herzstillstand	24
18	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	23
19	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	23
20	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	22
21	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	22
22	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	19
23	N04	Langsam entwickelnde Nierenkrankheit, entzündlich oder nicht entzündlich	19
24	E22	Überfunktion der Hirnanhangsdrüse	17
25	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	17

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
26	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	17
27	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	15
28	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	15
29	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	15
30	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	14

B-2.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	4.674
2	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	4.054
3	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	679
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	580
5	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	267
6	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	214
7	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet – Peritonealdialyse	211
8	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	208
9	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	162
10	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	141
11	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	88
12	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	86
13	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	70
14	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen – Hämofiltration	70
15	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	61
16	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	58
17	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	40
18	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	35
19	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	35
20	8-984	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)	33
21	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	31

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	28
23	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	24
24	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	23
25	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	22
26	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	22
27	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	20
28	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	19
29	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	18
30	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	18

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

CAPD-Ambulanz

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

Nieren- und Hochdruckambulanz

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

Privatambulanz

Privatambulanz

Rheumatologische Ambulanz

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

Gezielte Diagnostik und auch neue Therapiemöglichkeiten, wie z. B. Biologika, bei entzündlich-rheumatischen u. immunpathologischen Erkrankungen: Entzündliche Gelenk- u. Wirbelsäulenerkrankungen, Kollagenosen (systemische Autoimmunopathien), Vaskulitiden u. systemische Entzündungserkrankungen

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatischer Erkrankungen

Spezialambulanz für Amyloidose- und Leichtketten-assoziierte Nierenerkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Erbliche Nierentumore

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

Spezialambulanz für Glomerulonephritiden

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

Spezialambulanz für Morbus Fabry

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Primäre Hyperoxalurie

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

Spezialambulanz für Thrombotische Mikroangiopathien

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Spezialambulanz für Zystennieren und hereditäre Nierenerkrankungen

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

Transplantationsambulanz

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

Zentrale Notaufnahme

Notfallambulanz (24h)

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	4
2	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
3	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
4	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	< 4

B-2.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-2.11 Personelle Ausstattung

B-2.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			22,99	83,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,99		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,27		
	- ambulant	7,72		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			11,49	167,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,49		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,63		
	- ambulant	3,86		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF09	Geriatrie
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF69	Transplantationsmedizin

Weitere Qualifikation:

- Fachgebundene Genetische Beratung

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

B-2.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		87,64	22,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		84,82		
	- indirekt		2,82		
Versorgungsbereich	- stationär		82,13		
	- ambulant		5,51		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,14	1.692,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,14		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,14		
	- ambulant		–		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		6,73	286,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,73		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		6,73		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		3,12	618,59
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,12		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,12		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		0,69	2.797,10
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,69		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,55		
	- ambulant		0,14		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ12	Notfallpflege
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP07	Geriatrie
ZP25	Gerontopsychiatrie
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP16	Wundmanagement

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

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus

B-3.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III** – Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**kardiologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie (0103) Hauptabteilung
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus**
Telefon	0221 / 478 – 32511
Telefax	0221 / 478 – 32512
E-Mail	**stephan.baldus@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Leistungsbereiche

Akutversorgung

Intensivstation/Intermediate-Care-Station/Chest Pain Unit
Vier Herzkathetermessplätze rund um die Uhr

Allgemeinversorgung

Invasive und nichtinvasive kardiologische Diagnostik und Therapie auf Spitzenniveau
Interventionelle Rhythmologie
Lungentumor-Diagnostik
Interventionelle Pneumologie
Kathetergestütze Klappentherapie
Kathetergestütze Therapie angeborener Herzerkrankungen

Spezialambulanzen

Herzinsuffizienz und Herztransplantation
Pulmonale Hypertonie
Komplexe Rhythmologie
Herzschrittmacher und ICD/CRT
ICD: Implantable Cardioverter-Defibrillator = Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator
CRT: Cardiac Resynchronization Therapy = Kardiale Resynchronisationstherapie
Angeborene Herzfehler
Interventionelle Pneumologie
Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewebserkrankungen

Innovationen

Grundlagenforschung
Klinische Forschung
Versorgungsforschung

Qualitätssicherung

Leitlinienentwicklung
Netzwerkmanagement

B-3.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
	Schlaflabor
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten
VI34	Elektrophysiologie
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Darstellung des Gefäßsystems

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR15	Arteriographie

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Endosonographie
VR04	Duplexsonographie
VR02	Native Sonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.844
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	83

B-3.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	740
2	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	569
3	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	460
4	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	452
5	I21	Akuter Herzinfarkt	271
6	I50	Herzschwäche	260
7	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	216
8	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	214
9	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	187
10	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	156
11	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	104
12	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens – AV-Block bzw. Linksschenkelblock	88
13	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	83
14	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	76
15	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	71
16	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	69
17	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	66
18	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	60
19	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	52
20	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	52
21	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	34

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	33
23	I40	Akute Herzmuskelentzündung – Myokarditis	29
24	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	29
25	R00	Störung des Herzschlages	25
26	R06	Atemstörung	24
27	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	21
28	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	20
29	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	17
30	J46	Schwerer Asthmaanfall – Status asthmaticus	14

B-3.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	3.182
2	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	2.563
3	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	2.462
4	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	2.124
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1.965
6	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.489
7	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.390
8	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.382
9	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.294
10	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.258
11	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	1.127
12	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung – Kardiales Mapping	1.049
13	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.036
14	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) – EPU	960
15	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	946
16	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	838
17	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	791

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	681
19	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	654
20	9-984	Pflegebedürftigkeit	618
21	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörper-plethysmographie	572
22	1-712	Messung der Zusammensetzung der Atemluft in Ruhe und unter körperlicher Belastung	334
23	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	292
24	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	196
25	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	183
26	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	176
27	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	157
28	3-722	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	140
29	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	138
30	1-430	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus den Atemwegen bei einer Spiegelung	129

B-3.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kardiologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

auch für Herzschrittmacher und ICD/CRT

Privatambulanz

Privatambulanz

Spezialambulanz für Herzinsuffizienz/Herztransplantation

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)

Spezialambulanz für pulmonale Hypertonie

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie
Anlage Nr.	**Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V**
Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie

Spezialambulanz für Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewebserkrankungen

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

Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 2 k	Marfan-Syndrom

Ambulanz

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

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

Ambulanz

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

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

B-3.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	176
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	10
3	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
4	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	< 4
5	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	< 4
6	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4

B-3.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-3.11 Personelle Ausstattung

B-3.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			63,68	76,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	63,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	46,73		
	- ambulant	16,95		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			21,08	229,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,08		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,47		
	- ambulant	5,61		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin
ZF44	Sportmedizin

B-3.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		99,58	48,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		99,58		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		99,58		
	- ambulant		–		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		0,99	4.892,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,99		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann		3 Jahre		1,00	4.844,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		2,20	2.201,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,20		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,20		
	- ambulant		–		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		1,42	3.411,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,42		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,42		
	- ambulant		–		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		0,99	4.892,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,99		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		10,27	471,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		10,27		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		10,27		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetes
ZP06	Ernährungsmanagement
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-4 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser

B-4.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**gastroenterologie-hepatologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie (0107) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser**
Telefon	0221 / 478 – 4470
Telefax	0221 / 478 – 6758
E-Mail	**tobias.goeser@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

Akute und chronische Leber- und Gallenwegserkrankungen

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

Funktionsstörungen des Magen-Darm-Trakts

Akut infektiöse und chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Akute und chronische Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Endoskopische Diagnostik und Tumortherapie

Diagnostische Endoskopie

Oesophagogastroduodenoskopie (ÖGD), endoskopische retrograde Cholangiopankreatographie (ERCP), Koloskopie, Intestinoskopie, Cholangioskopie, Kapselendoskopie, Proktoskopie, Rektoskopie, endoskopischer Ultraschall, Chromoendoskopie, ZOOM-(Vergrößerungs)-Endoskopie, Laparoskopie, intraduktaler Ultraschall (IDUS), Feinnadelpunktion (FNP), Leberblindpunktion (LBP), intraduktale Biopsie

Therapeutische Endoskopie

Blutstillung, Polypenentfernung, Mukosektomie, Zystogastrostomie, Bougierungen und Dilatationen an Ösophagus, Magen, Pankreas, Gallenwegen und Dickdarm ggf. mit Stent-Implantation, perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG), perkutane endoskopische Jejunoskopie (PEJ), extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), Laser, Argonplasmakoagulation (APC), endoskopische Papillotomie (EPT), Steinextraktion, perorale endoskopische Myotomie (POEM)

Diagnostische und therapeutische Sonographie

Funktionsdiagnostik

PH-Metrie, Manometrie, H2-Atemtest

Lebererkrankungen

Vorbereitung und Nachsorge zur Lebertransplantation

Diagnostik und endoskopische Therapie von Tumoren

Interventionelle und Chemotherapie gastrointestinaler Tumoren

B-4.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hat mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung keine Zielvereinbarung geschlossen.

B-4.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Projektionsradiographie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Endosonographie
VR02	Native Sonographie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-4.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.541
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

B-4.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	199
2	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	113
3	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	102
4	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	100
5	K80	Gallensteinleiden	80
6	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	77
7	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	77
8	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des Afters	57
9	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	57
10	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	54
11	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	43
12	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	43
13	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	29
14	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	27
15	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	23
16	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	23
17	K75	Sonstige entzündliche Krankheit der Leber	23
18	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	22
19	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	19

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms – Morbus Crohn	18
21	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	17
22	C15	Speiseröhrenkrebs	15
23	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	15
24	K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms – Colitis ulcerosa	14
25	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	14
26	K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	14
27	K65	Bauchfellentzündung – Peritonitis	13
28	K29	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	11
29	K76	Sonstige Krankheit der Leber	10
30	C16	Magenkrebs	9

B-4.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	1.742
2	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.068
3	5-469	Sonstige Operation am Darm	927
4	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	904
5	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	515
6	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	477
7	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	373
8	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	321
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	303
10	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	279
11	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	261
12	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	226
13	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	225
14	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	173
15	5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	166
16	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	164

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	156
18	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	136
19	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	135
20	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	133
21	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	132
22	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	128
23	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	126
24	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	126
25	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	124
26	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	108
27	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	98
28	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	85
29	3-05f	Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege	80
30	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	79

B-4.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Endoskopie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsermächtigung zur Durchführung von ERCPs

Crohn/Colitissprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Hepatitisambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsambulanz zur Behandlung fortgeschrittener Lebererkrankungen

Leberzirrhoseambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsambulanz zur Behandlung fortgeschrittener Lebererkrankungen

Lebertransplantationsambulanz

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Institutsambulanz zur Behandlung fortgeschrittener Lebererkrankungen

Privatambulanz

Privatambulanz

Ambulanz für gastroenterologische Tumore

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

B-4.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	1.434
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	623
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	223
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	223
5	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	66
6	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	26
7	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	25
8	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	24
9	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	5
10	1-641	Untersuchung der Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
11	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	< 4
12	5-526	Operation am Bauchspeicheldrüsengang bei einer Magenspiegelung	< 4

B-4.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-4.11 Personelle Ausstattung

B-4.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			22,95	67,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,95		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,21		
	- ambulant	5,74		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			12,68	121,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	9,51		
	- ambulant	3,17		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF34	Proktologie
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-4.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		32,58	47,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		32,09		
	- indirekt		0,49		
Versorgungsbereich	- stationär		28,45		
	- ambulant		4,13		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann		3 Jahre		0,08	19.262,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,08		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,08		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		3,11	495,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,11		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,11		
	- ambulant		–		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		1,00	1.541,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		4,48	343,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,48		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,49		
	- ambulant		0,99		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik
ZP08	Kinästhetik

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater

B-5 Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Jens C. Brüning

B-5.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

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

Kurzportrait

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

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

B-5.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-5.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

B-5.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-5.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-5.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-5.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

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

B-5.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz für Endokrinologie und Stoffwechselstörung

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Privatambulanz

Ambulanz für Hypophysenerkrankungen

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

Hypophysentumore, Schilddrüsenkrebs

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

B-5.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-5.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-5.11 Personelle Ausstattung

B-5.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			3,50	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	3,50		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			1,88	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,88		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	1,88		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF52	Ernährungsmedizin

B-5.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		0,99	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,11		
	- ambulant		0,88		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		2,35	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,35		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,35		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten

B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Dötsch

B-6.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**kinderklinik.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Pädiatrie (1000) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Jörg Dötsch**
Telefon	0221 / 478 – 4350
Telefax	0221 / 478 – 4635
E-Mail	**joerg.doetsch@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

Schwerpunkte

Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

Leiterin Perinatalzentrum

PD Dr. med. Angela Kribs

Telefon 0221 / 478 – 85663
Telefax 0221 / 478 – 85677
angela.kribs@uk-koeln.de

Leiterin pädiatrische Intensivmedizin

Dr. med. Anne Vierzig

Telefon 0221 / 478 – 3702
Telefax 0221 / 478 – 1424381
anne.vierzig@uk-koeln.de

Stellv. Leiter pädiatrische Intensivmedizin

PD Dr. med. André Oberthür

Telefon 0221 / 478 – 85696
Telefax 0221 / 478 – 4351
andre.oberthuer@uk-koeln.de

Neuropädiatrie und Interdisziplinäres Sozialpädiatrisches Zentrum (iSPZ)

Leiter

PD Dr. med. Max C Liebau

Telefon 0221 / 478 – 42101
max.liebau@uk-koeln.de

Stellv. Leiter

Dr. med. Peter Herkenrath

Telefon 0221 / 478 – 42160
Telefax 0221 / 478 – 3898
spz@uk-koeln.de

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

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

Pädiatrische Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie, Rheumatologie und Stoffwechselstörungen

Leiter Spezialambulanzen und Allgemeine Poliklinik

Prof. Dr. med. Eckhard Schönau

Telefon 0221 / 478 – 84755
Telefax 0221 / 478 – 7351
kinderpoliklinik@uk-koeln.de

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

Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährungsmedizin

Leiter

PD Dr. med. Christoph Hünseler

Telefon 0221 / 478 – 32636
Telefax 0221 / 478 – 32852
kinderpoliklinik@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Erkrankung des Magen-Darm-Traktes, der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder Ernährungsschwierigkeiten

Pädiatrische Nephrologie und Immunologie

Leiter

Prof. Dr. med. Lutz Weber

Telefon 0221 / 478 – 42101
Telefax 0221 / 478 – 30538
kindernephrologie@uk-koeln.de

Diagnostik und Therapie von Kindern mit Krankheiten der Nieren und ableitenden Harnwege sowie Autoimmunkrankheiten und hereditären Erkrankungen einschließlich Dialyse, Aphereseverfahren und Transplantation

Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

Leiter

Prof. Dr. med. Thorsten Simon

Telefon 0221 / 478 – 30867
Telefax 0221 / 478 – 30868
thorsten.simon@uk-koeln.de

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

Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose

Leiter
PD Dr. med. Ernst Rietschel
Telefon 0221 / 478 – 40688
Telefax 0221 / 478 – 30541
ernst.rietschel@uk-koeln.de

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

B-6.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-6.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen
VK30	Immunologie
VK31	Kinderchirurgie
VK00	Kopfschmerz-Sprechstunde
VK33	Mukoviszidosezentrum
VK00	Neonatales Hörscreening (TOAE, BERA)
VK36	Neonatologie
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK25	Neugeborenenscreening
	(TMS)
VK34	Neuropädiatrie
VK00	Osteogenesis imperfecta
VK28	Pädiatrische Psychologie
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum
VK29	Spezialsprechstunde
VK00	Versorgung von extrem unreifen Frühgeborenen
VK23	Versorgung von Mehrlingen

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-6.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.896
Teilstationäre Fallzahl	696
Anzahl Betten	125

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

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.

B-6.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S06	Verletzung des Schädelinneren	340
2	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburts-gewicht	315
3	P22	Atemnot beim Neugeborenen	265
4	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	148
5	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	146
6	J20	Akute Bronchitis	145
7	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	144
8	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	102
9	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim – Mukoviszidose	100
10	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	100
11	J21	Akute Entzündung der unteren, kleinen Atemwege – Bronchiolitis	98
12	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	95
13	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	95
14	Z27	Notwendigkeit der Impfung gegen Kombinationen von ansteckenden Krankheiten	84
15	C40	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel der Gliedmaßen	70
16	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	62
17	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-1	59
18	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	58
19	K35	Akute Blinddarmentzündung	57
20	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs – Morbus Hodgkin	56
21	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	53
22	R56	Krämpfe	53
23	C74	Nebennierenkrebs	51
24	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	50
25	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	49
26	C71	Gehirnkrebs	48
27	K40	Leistenbruch (Hernie)	47
28	P28	Sonstige Störung der Atmung mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	46
29	R63	Beschwerden, die die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme betreffen	46
30	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	42

B-6.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	1.575
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.201
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	876
4	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	766
5	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	745
6	9-985	Teilstationäre pädiatrische Behandlung	578
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	438
8	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	328
9	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	304
10	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	303
11	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	273
12	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	251
13	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	251
14	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	206
15	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	194
16	9-500	Patientenschulung	185
17	8-822	Filterung bestimmter Blutfette (LDL-Cholesterin) aus dem Blut	180
18	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	162
19	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	141
20	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	140
21	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	133
22	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern	121
23	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	112
24	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	107
25	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	106
26	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	100
27	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	96
28	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	95
29	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	78

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
30	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	77

B-6.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allergologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diabetes

Ambulanz im Rahmen von DMP

Endokrinologie, Osteologie und Stoffwechsel

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

auch Spezialambulanz an Kinderkliniken nach § 120 Absatz 1a SGB V

HIV-Ambulanz Pädiatrie

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

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

Kinderonkologie und -hämatologie

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren
Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren
Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren (mit Ablauf 25. April 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen

Mukoviszidose-Zentrum

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 b:	Mukoviszidose

Nephrologie

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

Ambulante Dialyse in Kooperation mit dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, auch Spezialambulanz an Kinderkliniken nach § 120 Absatz 1a SGB V

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Pneumologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Rheumatologische Ambulanz

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche) (mit Ablauf 18. April 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) und Neuropädiatrie

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

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

B-6.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	14
2	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	8
3	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	7
4	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	5
5	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	4
6	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
7	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
8	5-581	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges	< 4
9	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
10	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4
11	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	< 4

B-6.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-6.11 Personelle Ausstattung

B-6.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			101,83	57,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	101,83		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	23,80		
	- ambulant	78,03		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			58,15	101,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	58,15		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	13,59		
	- ambulant	44,56		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ09	Kinderchirurgie
AQ42	Neurologie
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF03	Allergologie
ZF14	Infektiologie
ZF15	Intensivmedizin
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie
ZF17	Kinder-Gastroenterologie
ZF18	Kinder-Nephrologie

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF57	Kinder- und Jugend-Nephrologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie
ZF27	Naturheilverfahren
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung
ZF69	Transplantationsmedizin

B-6.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		30,09	195,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		25,50		
	- indirekt		4,59		
Versorgungsbereich	- stationär		28,27		
	- ambulant		1,82		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		147,99	39,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		147,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		145,24		
	- ambulant		2,75		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		4,76	1.238,66
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,76		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		4,59		
	- ambulant		0,17		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		10,69	551,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		10,69		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		10,69		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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

B-7 Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie

Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier

B-7.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**kinderkardiologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Kinderkardiologie (1100) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier**
Telefon	0221 / 478 – 32514
Telefax	0221 / 478 – 32515
E-Mail	**konrad.brockmeier@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

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

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

Besondere Stärken der Kinderkardiologie des Herzzentrums der Universität Köln sind:

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

Patientengeschwister sind auf der Kinderstation herzlich willkommen!

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

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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

B-7.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-7.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	478
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	12

B-7.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	76
2	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	63
3	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	53
4	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	51
5	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	37
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	18
7	Z27	Notwendigkeit der Impfung gegen Kombinationen von ansteckenden Krankheiten	10
8	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	10
9	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	7
10	I40	Akute Herzmuskelentzündung – Myokarditis	6

B-7.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrast-mittel	177
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	117
3	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	91
4	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	53
5	1-277	Untersuchung eines Herzens, das sich nach seiner Struktur bzw. in seiner Funktion wie eine einzelne Herzkammer verhält, mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	42
6	8-838	Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	41

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	39
8	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	38
9	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	37
10	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	32

B-7.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Poliklinik der Kinderkardiologie:
Insgesamt mehr als 5.000 Untersuchungen pro Jahr

Ambulanz für Herzrhythmusstörungen im Kindes- und Jugendalter

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

Zentrum f. Kinder u. Jugendliche m. Wolf-Parkinson-White Syndrom, verborgenen akzessorischen Leitungsbahnen sowie AV-nodalen Reentry-Tachykardien u. Vorhof- bzw. Ventrikeltachykardien, genetisch bedingten Herzrhythmusstörungen vom Typ Long-QT-Syndrom, Brugada-Syndrom, arrhythmogenen Kardiomyopathien

Ambulanz für kardiovaskuläre Störungen bei Patienten mit nephrologischen Krankheitsbildern

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

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

Ambulanz für onkologische Patienten

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

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

Pränatalsprechstunde
zusammen mit den Gynäkologen der Universitätsklinik Köln

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

In Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde wird eine hochspezialisierte Pränatalsprechstunde vorgehalten, die mit modernster Ausstattung, überwiegend Ultraschalldiagnostik, aber auch (selten) invasive Diagnostik mit bis hin zu intrauterinen Therapiemaßnahmen vorhält.

Schrittmachertherapie im Kindes- und Jugendalter

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

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

Sprechstunde für angeborene Herzfehler

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

Die Sprechstunde für angeborene Herzfehler im Kindes- und Jugendalter verfügt über alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, angeborene oder erworbene Herz- und Gefäßkrankheiten abklären zu können.

Sprechstunde für angeborene Herzfehler im Erwachsenenalter

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

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

B-7.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-7.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-7.11 Personelle Ausstattung

B-7.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			12,91	37,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,91		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,36		
	- ambulant	2,55		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,74	70,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,74		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,41		
	- ambulant	1,33		

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

Außerdem wird eine Psychologin beschäftigt.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-7.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		6,28	76,11
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,28		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		5,08		
	- ambulant		1,20		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		15,02	31,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		15,02		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		14,87		
	- ambulant		0,15		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		0,96	497,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,96		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,96		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

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

Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns

B-8.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**viszeral-tumorchirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Allgemeine Chirurgie (1500) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns**
Telefon	0221 / 478 – 4801
Telefax	0221 / 478 – 4843
E-Mail	**anke.kreusch@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Viszeralchirurgie

Die Klinik ist das erste Deutsche Exzellenzzentrum für die Chirurgie der Speiseröhre und des Magens mit den höchsten Zahlen von Operationen wegen Speiseröhrenkrebs in Europa. Die Klinik ist ein zertifiziertes Darm-, Pankreas-, Leber- und Magenzentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft.

Zur Spezialisierung der Klinik gehört aus dem Bereich der Tumorchirurgie insbesondere die chirurgische Versorgung fortgeschrittener Tumore bei Metastasierung in die Leber und in die Bauchhöhle.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Transplantationschirurgie für Leber, Niere und Pankreas.

Das Spektrum der Klinik umfasst auch die Allgemeine Chirurgie mit Leisten- und Narbenhernien-, Weichteiltumoren-, Gallenblasen- und Schilddrüsenoperationen sowie Notfalloperationen wegen Blinddarmentzündungen, Darmverschluss oder Magen bzw. Darmperforation, etc.

Zum methodischen Spektrum der Klinik gehören die minimal invasive, robotische und offene Chirurgie, die je nach Benefit für die Patientin oder den Patienten eingesetzt werden.

Ösophaguschirurgie

- bei Tumoren der Speiseröhre oder des gastroösophagealen Übergangs unter Einbeziehung von neoadjuvanten Therapiekonzepten mit Strahlen-/Chemotherapie bzw. Chemotherapie
- bei der gastro-ösophagealen Refluxkrankheit
- bei der Achalasie inklusive POEM (Perorale endoskopische Myotomie)
- bei Speiseröhrendivertikeln

Operationen bei Magenerkankungen

- bei Magenkarzinomen und bei gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) unter Einbeziehung von neoadjuvanten Therapiekonzepten
- bei gutartigen Magenerkrankungen

Leber- und Gallenwegschirurgie

- bei Lebermetastasen
- bei primären Lebertumoren (Leberresektion inkl. in situ split, Lebertransplantation, Mikrowellenablation und Radiofrequenzablation) sowie bildgestützter, parenchym-sparender Leberchirurgie
- Gallenblasen- und Gallengangsoperationen

Pankreaschirurgie

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

Operationen bei Erkrankungen des Dickdarms und Dünndarms

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

Proktologie

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

Chirurgie des Retroperitoneums

- bei Weichteiltumoren im Rückraum des Bauches und bei Nebennierentumoren

Endokrine Chirurgie

- Hemithyreoidektomie, totale Thyreoidektomie, offene minimalinvasive Thyreoidektomie (OMIT)
- zentrale Kompartmentresektion, radikale modifizierte Neck Dissection bei Schilddrüsenkarzinomen
- offene minimalinvasive Parathyreoidetkomie (OMIP), Halsexploration, subtotale (7/8) Parathyreoidektomie
- offene, laparoskopische und retroperitoneoskopische Adrenalektomie

Thoraxchirurgie

Die Thoraxchirurgie beinhaltet Operationen bei Tumoren der Lunge, der Pleura und des Mediastinums. Der Schwerpunkt liegt auf der Tumorchirurgie, die sich nicht nur im Rahmen der Ösophagusoperationen, sondern aufgrund gleicher onkologischer Grundprinzipien sehr gut mit der Chirurgie gastrointestinaler Tumoren ergänzt.

Es werden in enger inderdisziplinärer Zusammenarbeit mit der I. Medizinischen Klinik und der Klinik für Strahlentherapie und der Gastroenterologie neoadjuvante Radiochemotherapien und neoadjuvante Chemotherapien in der Behandlung der fortgeschrittenen thorakalen Tumoren eingesetzt.

Minimal invasive Verfahren

Minimal invasive Verfahren kommen heute in allen Bereichen der Chirurgie zum regelmäßigen Einsatz. Zum Teil werden Kombinationen mit offenen Verfahren als sogenannte Hybridverfahren ausgeführt.

- Laparoskopische/thorakoskopische Ösophagusresektionen
  Robotisch assistierte, thorakoskopische Ösophagusresektion
- Leiomyomenukleation aus der Ösophaguswand
- Myotomie und Thalsche Fundoplastik bei Achalasie
  Robotisch assistierte Hellersche Myotomie
- Laparoskopische Fundoplikatio

- Kombinierte endoskopisch-laparoskopische GIST-Tumorentfernung am Magen
- Laparoskopische Leberresektion
- Laparoskopische und robotisch assistierte Leberchirurgie
- Laparoskopische und robotisch assistierte Pankreasresektion
- Laparoskopische Nebennierenresektion
- Laparoskopische Hernienoperation
- Laparoskopische Gallenblasenoperation und Operation von Leberzysten
- Thorakoskopische Lungentumorresektionen
- Thorakoskopische Bullaabtragung mit Pleurothese beim rezidivierenden Pneumothorax und der Pleurodese maligner Pleuraergüsse
- Thorakoskopische Thymektomie (Entfernung der Thymusdrüse)
- Paravertebrale Neurinomentfernung
- Kombiniert laparoskopische, handassistierte Nierenentnahme bei Verwandten-Nierentransplantation

Chirurgische Onkologie

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

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

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

Das Universitätsklinikum ist ein von der Deutschen Krebsgesellschaft anerkanntes Onkologisches Zentrum und die Chirurgie ist aufs engste verflochten mit dem Zentrum für integrierte Onkologie, in dem interdisziplinäre Therapiekonzepte erarbeitet werden. Es werden viermal wöchentlich Tumorboardkonferenzen durchgeführt. Dort werden Patientinnen und Patienten mit speziellen Fragestellungen unter Zugrundelegung aller Befunde vorgestellt und interdisziplinär besprochen. Die im Konsens erreichte Empfehlung zum Beispiel zur neoadjuvanten oder adjuvanten Therapie wird dokumentiert und konsequent umgesetzt.

Durch diese Konzeption mit der Verfügbarkeit aller Tumorspezialisten in einer regelmäßigen Konferenz erhält die Patientin oder der Patient kurzfristig eine zweite Meinung und eine aktuelle Empfehlung unter Berücksichtigung neuester Forschungsergebnisse aus allen beteiligten Fachgebieten.

Ein wichtiges Forschungsthema im Rahmen der neoadjuvanten Therapiekonzepte bleibt die Vorhersage des Ansprechens auf Strahlenchemotherapie oder Chemotherapie. Diese so genannte „Response Prediction“ ist ein wesentliches Forschungsthema zusammen mit anderen Fachgebieten.

Transplantation

Die Transplantationschirurgie umfasst die Leber, die Niere und das Pankreas. Bei der Nierentransplantation werden Verwandten-Nierentransplantationen ausgeführt, bei entsprechenden Voraussetzungen auch bei nicht-Blutgruppen-gleichen Empfängerinnen/Empfänger und Spenderinnen/Spendern.

Endokrine Chirurgie

Durch die enge Kooperation mit der Nuklearmedizin und der II. Medizinischen Klinik nimmt die endokrine Chirurgie einen wichtigen Platz im Operationsspektrum der Klinik ein. Sie konzentriert sich im wesentlichen auf Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, aber auch auf endokrine Tumoren des Pankreas und der Nebennieren.

Durch die Verfügbarkeit des intraoperativen Neuromonitorings und Lupenbrilleneinsatz ist die sichere Präparation und Erhaltung der Recurrens-Nerven insbesondere bei Rezidiveingriffen und Schilddrüsentumoren zu erreichen.

Bei der Behandlung des Hyperparathyreoidismus durch eine Überfunktion der Nebenschilddrüsen dient die intraoperative Parathormonbestimmung zur Sicherung der Vollständigkeit der Entfernung von Drüsen mit Überfunktion.

Endoskopie

In der chirurgischen Endoskopie werden alle wichtigen diagnostischen, therapeutischen Verfahren durchgeführt. Dazu zählen auch die perorale endoskopische Myotomie bei Achalasie sowie alle gängigen Verfahren mit Stenteinlage, PEG, Polypabtragung, Radiofrequenzablation von Barrett-Ösophagus.

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC00	Transplantation
VC00	Tumorerkrankungen

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

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

Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG07	Inkontinenzchirurgie

Thoraxchirurgie

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

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI35	Endoskopie
VI20	Intensivmedizin
VI27	Spezialsprechstunde

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR02	Native Sonographie
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR06	Endosonographie

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU11	Minimal-invasive laparoskopische Operationen
VU16	Nierentransplantation

B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-8.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.000
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	63

B-8.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C15	Speiseröhrenkrebs	263
2	C16	Magenkrebs	249

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	128
4	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	88
5	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	76
6	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	56
7	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	54
8	Z52	Spender von Organen oder Geweben	53
9	K80	Gallensteinleiden	49
10	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	48
11	K35	Akute Blinddarmentzündung	47
12	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	38
13	K40	Leistenbruch (Hernie)	34
14	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	33
15	E21	Überfunktion bzw. sonstige Krankheit der Nebenschilddrüsen	29
16	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	28
17	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	26
18	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	26
19	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	25
20	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	25
21	K44	Zwerchfellbruch (Hernie)	22
22	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	22
23	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	21
24	D48	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	20
25	K63	Sonstige Krankheit des Darms	20
26	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	20
27	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	19
28	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	17
29	C73	Schilddrüsenkrebs	16
30	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	15

B-8.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	754
2	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	443
3	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	313
4	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	284
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	243
6	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	232
7	5-426	Entfernung der gesamten Speiseröhre mit Wiederherstellung der Verbindung	217
8	5-449	Sonstige Operation am Magen	192
9	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	185
10	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	175
11	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	169
12	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	155
13	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	127
14	5-433	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens	124
15	5-524	Operative Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse	106
16	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	104
17	5-555	Nierenverpflanzung (Transplantation)	96
18	5-554	Operative Entfernung der Niere	91
19	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	90
20	5-454	Operative Dünndarmentfernung	89
21	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	88
22	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	88
23	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	86
24	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	86
25	1-654	Untersuchung des Mastdarms durch eine Spiegelung	84
26	5-983	Erneute Operation	81
27	5-340	Operativer Einschnitt in die Brustwand bzw. das Brustfell (Pleura)	80
28	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	79
29	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	77
30	5-502	Operative Entfernung eines oder mehrerer Lebersegmente	77

Funktionsdiagnostik

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

High Resolution Manometrie	455
24h pH-Metrie/Impedanzmessung	372
Restech-Messung	24

(Fallzahlen aus 2021)

B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Transplantationsambulanz

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

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) seltener Lebererkrankungen

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

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

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	61
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	51
3	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	32
4	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	16
5	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	5
6	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	4
7	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
8	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
9	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	< 4
10	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
11	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
12	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
13	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	5-491	Operative Behandlung von röhrenartigen Gängen im Bereich des Darmausganges (Analfisteln)	< 4
15	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	< 4

B-8.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-8.11 Personelle Ausstattung

B-8.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			27,63	72,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	27,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	23,60		
	- ambulant	4,03		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			16,27	122,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,27		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	13,90		
	- ambulant	2,37		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ12	Thoraxchirurgie
AQ13	Viszeralchirurgie

Zusätzlich (nicht in der vorgegebenen Liste enthalten):

- UEMS Transplant Surgery (Europäischer Facharzt Transplantationschirurgie)
- Fellow of the European Board of Surgery (FEBS) Upper GI

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF15	Intensivmedizin
ZF26	Medizinische Informatik
ZF28	Notfallmedizin
ZF34	Proktologie

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie

B-8.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		60,27	33,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		58,08		
	- indirekt		2,19		
Versorgungsbereich	- stationär		56,79		
	- ambulant		3,48		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester			363,64
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,50		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		5,50		
	- ambulant		–		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		1,00	2.000,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		2,23	896,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,23		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,05		
	- ambulant		0,18		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		5,13	389,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,13		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		4,79		
	- ambulant		0,34		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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

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

Univ.-Prof. Dr. med. Bernhard Dorweiler

B-9.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**gefaesschirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie (1518) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Bernhard Dorweiler**
Telefon	0221 / 478 – 32498
Telefax	0221 / 478 – 32499
E-Mail	**gefaesszentrum@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie – Vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie mit angeschlossenem Gefäßzentrum der Universität zu Köln behandelt alle Formen von sowohl arteriellen, als auch venösen Leiden.

Bei geeigneter Anatomie/Morphologie kommen vorzugsweise endovaskuläre und minimal-invasive Versorgung zur Anwendung.

Carotisdesobliterationen werden je nach Patientenwunsch sowohl in örtlicher Betäubung, als auch in Vollnarkose durchgeführt. In Fällen, bei denen sich ein Stentverfahren besser eignet, wird dieses eingesetzt.

Alle Arten von thoracalen- und thoraco-abdominellen Aneurysmen werden endovasculär versorgt und wenn die Anatomie es zulässt, auch Bogenaneurysmen. Eine langjährige Erfahrung im thorakalen Bereich besteht seit 1995 und im abdominellen Bereich seit 1993. Das minimal-invasive Verfahren mit Endoprothesen mit Seitenästen und geplanten Seitenlöchern in der Prothese wird bei Bedarf angewandt.

Die arteriellen Verschlusskrankheiten werden je nach Lokalisation entweder mit Ballondilatation und Stent-Verfahren oder mit einem Bypass behandelt. Die beste Methode wird für jede Patientin oder jeden Patienten genauestens ausgewählt.

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

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

Ein weiteres Spektrum sind die arterio-venösen Malformationen, die sowohl operativ als auch endovasculär versorgt werden können.

- Offen chirurgische und endovaskuläre Operation (TEVAR) von thorakalen Aortenaneurysmen
- Offen chirurgische und endovaskuläre Operation (EVAR) von abdominellen Aortenaneurysmen, einschließlich fenestrierter Endostentprothesen und Endostentprothesen mit Seitenarmen
- Offen chirurgische und endovaskuläre Operation von thorakoabdominellen Aortenaneurysmen (einschließlich Hybrid-Operation)
- Operative Behandlung (offen oder endovaskuklär) von Dissektionen der thorakalen und abdominellen Aorta
- Operative Behandlung des akuten Aortensyndroms (PAU)
- Operative Therapie des Thoracic Outlet/Inlet Syndroms
- Offen chirurgische und endovaskuläre operative Behandlung von Viszeralarterienaneurysmen
- Operative Therapie der akuten und chronischen viszeralen Ischämie
- Operative und endovaskuläre Behandlung von Nierenarterienstenosen
- Operative und endovaskuläre Therapie der cerebrovaskulären Insuffizienz bei hochgradigen, asymptomatischen und symptomatischen Stenosen der Arteria carotis interna
- Behandlung der vertebrobasilären Insuffizienz
- Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung der peripheren arteriellen Verschlußkrankheit der oberen und unteren Extremitäten

- Operative Therapie von Kompressionssyndromen der Arterien und Venen, der oberen und unteren Extremität, der abdominellen Gefäße und der oberen Thoraxapertur
- Operative Therapie peripherer arterieller Aneurysmen
- Behandlung akuter Extremitätenischämien
- Operative und konservative Therapie der chronisch venösen Insuffizienz
- Operative, endovenöse (Radiofrequenzablation) und konservative Therapie der primären und sekundären Stammvarikosis
- Operative Therapie der Perforansveneninsuffizienz
- Operative Therapie der retikulären Varikosis und der Besenreiservarikosis
- Operative und konservative Therapie der tiefen Becken-/Beinvenenthrombose
- Dialyseshuntchirurgie
- Operative, interventionelle und konservative Therapie von Gefäßmalformationen, Angiodysplasien
- Operative Therapie von Gefäßverletzungen
- Rekonstruktive Gefäßchirurgie im Rahmen erweiterter Tumorchirurgie
- Konservative und operative Therapie entzündlicher Gefäßerkrankungen
- Therapie des Morbus Raynaud
- Sympathikolysetherapie, Sympathektomie
- Versorgung chronischer Wunden inklusive des diabetischen Fußsyndromes mit schonenden Verfahren zur Wundreinigung (inkl. Kaltplasma), Granulationsförderung und Weichteildeckung (inkl. plastisch-rekonstruktiver Verfahren, Anwendung mariner Wundmatrix)
  Es besteht eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Klinik für Dermatologie im ICW-zertifizierten Wundzentrum.

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

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

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC63	Amputationschirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD20	Wundheilungsstörungen

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-9.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	886
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	29

B-9.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	273
2	I70	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose	187
3	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	110
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	87
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	73
6	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	35
7	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	19
8	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	16
9	I77	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern	12
10	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	10
11	T87	Komplikationen, die bei der Wiedereinpflanzung bzw. Abtrennung von Körperteilen typisch sind	6
12	I21	Akuter Herzinfarkt	4
13	A46	Wundrose – Erysipel	< 4
14	C44	Sonstiger Hautkrebs	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
15	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	< 4
16	D44	Tumor von hormonproduzierenden Drüsen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
17	E78	Störung des Fettstoffwechsels bzw. sonstige Erhöhung der Blutfettwerte	< 4
18	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseins-verändernde Substanzen bedingt	< 4
19	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	< 4
20	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	< 4
21	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	< 4
22	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	< 4
23	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	< 4
24	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	< 4
25	I82	Sonstiger Verschluss bzw. Bildung von Blutgerinnseln in den Venen	< 4
26	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	< 4
27	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	< 4
28	M72	Gutartige Geschwulstbildung des Bindegewebes	< 4
29	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4
30	Z03	Ärztliche Beobachtung bzw. Beurteilung von Verdachtsfällen	< 4

B-9.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-381	Operative Entfernung eines Blutgerinnsels einschließlich der angrenzenden Innenwand einer Schlagader	648
2	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	399
3	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	396
4	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	384
5	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	366
6	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	357
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	273
8	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	200
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	197
10	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	178
11	8-842	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße	154
12	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	153

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
13	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	134
14	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	129
15	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	112
16	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	100
17	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	84
18	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	76
19	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	63
20	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	62
21	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	45
22	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	42
23	5-382	Operative Entfernung von Blutgefäßen mit Verbindung der zwei Enden	34
24	5-383	Operative Entfernung und Ersatz von (Teilen von) Blutgefäßen	32
25	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	32
26	5-983	Erneute Operation	22
27	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	22
28	8-84a	Einpflanzen von sonstigen Röhrchen (Stents) mit bedeckten Maschen und großem Durchmesser in Blutgefäße	22
29	5-857	Wiederherstellende Operation durch Verschiebung körpereigener Haut- oder Fettlappen, die an Muskeln bzw. deren Bindegewebshüllen befestigt sind	20
30	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	17

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Privatambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC16	Aortenaneurysmachirurgie
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC61	Dialyseshuntchirurgie

Nr.	Angebotene Leistung
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen
VC20	Nierenchirurgie
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen

B-9.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	4
2	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	4

B-9.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-9.11 Personelle Ausstattung

B-9.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			14,32	61,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	14,32		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,16		
	- ambulant	2,16		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,35	139,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,35		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,40		
	- ambulant	0,95		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ07	Gefäßchirurgie

B-9.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		19,54	45,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		16,59		
	- indirekt		2,95		
Versorgungsbereich	- stationär		19,54		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		0,94	942,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,94		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,94		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		0,96	922,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,96		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,96		
	- ambulant		–		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		0,92	963,04
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,92		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,92		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		2,46	360,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,46		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,46		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		0,42	2.109,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,42		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,42		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP16	Wundmanagement

B-10 Zentrum für Neurochirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

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

B-10.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Neurochirurgie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**neurochirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Neurochirurgie (1700) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Geschäftsf. Leitung des Zentrums und Klinikdirektor	**Klinik und Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie** **Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner**
Telefon	0221 / 478 – 82789
Telefax	0221 / 478 – 82825
E-Mail	**roland.goldbrunner@uk-koeln.de**
Klinikdirektorin	**Klinik und Poliklinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie** **Univ.-Prof. Dr. med. Veerle Visser-Vandewalle**
Telefon	0221 / 478 – 82792
Telefax	0221 / 478 – 82824
E-Mail	**veerle.visser-vandewalle@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Zentrum für Neurochirurgie der Uniklinik Köln unter der Geschäftsführenden Leitung von Prof. Roland Goldbrunner bietet die Therapie aller neurochirurgisch behandelbaren Krankheitsbilder an. Unser Zentrum verfügt über 80 Betten, hiervon umfasst die interdisziplinär betriebene neurochirurgische Intensivstation 14 Betten. Pro Jahr werden ca. 3.500 Eingriffe in fünf Operationssälen durchgeführt.

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

Eine wichtige Aufgabe unseres Zentrums ist die Gewährleistung einer qualitativ höchstwertigen Weiterbildung für junge Neurochirurginnen und Neurochirurgen. Dies wurde mit der erfolgreichen Akkreditierung zu einem europäischen Weiterbildungszentrum durch die European Associaton of Neurosurgical Societies am 08.09.2016 honoriert.

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

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

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

Klinik und Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie

Geschäftsführende Leitung des Zentrums und Klinikdirektor

Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

Telefon 0221 / 478 – 82789
Telefax 0221 / 478 – 82825
roland.goldbrunner@uk-koeln.de

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

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

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

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

- Gesamtgebiet der Neurochirurgie

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

- Onkologische Neurochirurgie (Schwerpunkt der Klinik)

Tumoren des Gehirns, der Schädelbasis und des Rückenmarks. Unsere sehr erfolgreiche Arbeit auf diesem Gebiet führte 2013 zu einer Zertifizierung als neuroonkologisches Tumorzentrum durch die Deutsche Krebsgesellschaft. Unser Zentrum ist federführend bei der Erstellung europäischer Leitlinien verschiedener Tumorerkrankungen.

- Vaskuläre Neurochirurgie

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

- Wirbelsäulenchirurgie

Degenerative, traumatische und onkologische Erkrankungen (z. T. in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie)

- Therapie von Liquorzirkulationsstörungen

Hydrocephalus und sonstige angeborene und erworbene Fehlbildungen des kranialen und spinalen Liquorsystems (offene, ableitende und endoskopische Verfahren)

- Neurotraumatologie und Neurochirurgische Intensivmedizin

Eine Neurochirurgische Intensivstation mit 14 Betten wird gemeinsam mit den Kollegen der Anästhesie vorgehalten zur Komplexbehandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerem Schädel-Hirntrauma, Hirnblutungen oder anderen schweren Erkrankungen des ZNS.

- Pädiatrische Neurochirurgie

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

- Neurochirurgische Frührehabilitation

(in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie)

Klinik und Poliklinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie

Klinikdirektorin

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

Telefon 0221 / 478 – 4580
Telefax 0221 / 478 – 4581
veerle.visser-vandewalle@uk-koeln.de

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

- Tiefe Hirnstimulation

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

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

- Hirntumor-Biopsien

Hirntumore werden mittels stereotaktisch geführter Biopsie histopathologisch, immun- und molekularbiologisch unter Verwendung modernster MRT und PET Bildgebung gesichert.

- Brachytherapie

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

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

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

- Robotik assistierte Radiochirurgie mittels Cyberknife

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

- Behandlung von chronischen Schmerzsyndromen und Spastik

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

Die Klinik verfügt über die modernste stereotaktische Operationsabteilung Deutschlands sowie eine Gruppe hochspezialisierter Medizinphysik-Experten, die die Qualitätssicherung der stereotaktischen und radiochirurgischen Eingriffe klinisch und wissenschaftlich begleiten.

B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule
	Interdisziplinäre Versorgungen von komplexen degenerativen und traumatischen Schäden der Wirbelsäule und von Tumoren der Wirbelsäule zum Teil in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen
	Interdisziplinäre Versorgung von Hirngefäßerkrankungen mit den Abt. für Neuroradiologie und der Klinik und Poliklinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)
	Operative Versorgung von Hirntumoren unter Einsatz von neurophysiologischem und neuropsychologischem Monitoring, intraoperativem Ultraschall, fluoreszensgestützte Tumorexstiraption und Neuronavigation, interdisziplinäre Versorgung von Hirntumoren im Rahmen des Zentrums für Neurochirurgie
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren
	Operative Versorgung von intraspinalen Tumoren unter neurophysiologischem Monitoring
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels
	Versorgung von Schädelfehlbildungen in Kooperation mit der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen
	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen auf der Neurochirurgischen Intensivstation (insgesamt 15 Beatmungsbetten) in Kooperation mit dem Zentrum für Intensiv- und Notfallmedizin
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie")
VC00	Interstitielle Brachytherapie sowie Strahlenchirurgie
	Gehirntumoren
VC70	Kinderneurochirurgie
VC00	Läsionelle funktionelle Neurochirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC00	Schmerztherapie
	Medikamentenpumpen, Neurostimulatoren
VC00	Stereotaktische Tiefenhirnstimulation
	M. Parkinson, Angst- und Zwangskrankheiten
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Strahlentherapie

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

B-10.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-10.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.499
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	77

B-10.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	252
2	M54	Rückenschmerzen	228
3	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	216
4	C71	Gehirnkrebs	167
5	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	153
6	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	148
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	143
8	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	134
9	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	105

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	87
11	D33	Gutartiger Hirntumor, Hirnnerventumor bzw. Rückenmarkstumor	85
12	G91	Wasserkopf	58
13	G50	Krankheit des fünften Hirnnervs	49
14	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormon-produzierender Drüsen	42
15	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	41
16	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	36
17	G20	Parkinson-Krankheit	34
18	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	28
19	T81*	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	27
20	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	25
21	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	22
22	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	19
23	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	18
24	D43	Tumor des Gehirns bzw. des Rückenmarks ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	15
25	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	15
26	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	15
27	D36	Gutartiger Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperstellen	14
28	G97	Krankheit des Nervensystems nach medizinischen Maßnahmen	14
29	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	13
30	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	13

* = ICD T81 – Komplikationen (überwiegend Revision/ Austausch bei Implantaten aufgrund von Verschleißerscheinungen, technischen Defekten oder bei Erschöpfung der Batteriekapazität)

B-10.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-010	Operative Schädeleröffnung über das Schädeldach	1.240
2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	849
3	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	697
4	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	688
5	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	628

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
6	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	559
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	545
8	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	537
9	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	536
10	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	474
11	5-983	Erneute Operation	465
12	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	463
13	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	428
14	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	372
15	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	371
16	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	355
17	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	326
18	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	326
19	8-925	Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems während einer Operation	309
20	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	276
21	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	250
22	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	228
23	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule – Spondylodese	223
24	8-527	Herstellen bzw. Anpassen von Hilfsmitteln zur Strahlenbehandlung	198
25	1-511	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gehirn bzw. Hirnhäuten, computergesteuert und unter Röntgenkontrolle (stereotaktisch)	187
26	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremdteilen wie Mess-Sonden oder Medikamenten-pumpen	167
27	5-036	Wiederherstellende Operation an Rückenmark bzw. Rückenmarkshäuten	153
28	5-014	Computergesteuerte Operation an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten unter Röntgenkontrolle	137
29	5-035	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rücken-marks bzw. der Rückenmarkshäute	136
30	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknoten	125

B-10.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ III) Neurochirurgie

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Diagnose, Abklärung, Beratung, Behandlung sowie Nachsorge im Fachgebiet der Neurochirurgie, die Räumlichkeiten liegen in der Neurochirurgischen Poliklinik und im MVZ, jeweils im Haus 12 der Uniklinik.

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

Neuroonkologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Neuroonkologische und radiochirurgische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Abklärung von Operationsindikationen auf dem Gesamtgebiet der Neurochirurgie, poststationäre Verlaufskontrollen

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Privatambulanz

Privatambulanz

Sprechstunde für Pädiatrische Neurochirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VC58	Spezialsprechstunde

Sprechstunde für Patienten mit Bewegungsstörungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Sprechstunde für Patienten mit Schmerz- und Spastiksyndromen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

B-10.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	14
2	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	5
3	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
4	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
5	5-057	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion mit Verlagerung des Nervs	< 4

B-10.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-10.11 Personelle Ausstattung

B-10.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			40,65	61,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	40,65		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	38,08		
	- ambulant	2,57		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			21,00	119,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,67		
	- ambulant	1,33		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ41	Neurochirurgie
AQ42	Neurologie
AQ58	Strahlentherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-10.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		86,24	28,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		84,17		
	- indirekt		2,07		
Versorgungsbereich	- stationär		85,79		
	- ambulant		0,45		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		2,47	1.011,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,47		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,47		
	- ambulant		–		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		2,49	1.003,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,49		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,49		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		3,12	800,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,12		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,44		
	- ambulant		0,68		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		2,18	1.146,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,18		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,18		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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

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

Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers

B-11.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**herz-thoraxchirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Herzchirurgie (2100) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers**
Telefon	0221 / 478 – 32508
Telefax	0221 / 478 – 32509
E-Mail	**thorsten.wahlers@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie vertritt das Fachgebiet Herzchirurgie mit dem Schwerpunkt Thoraxchirurgie und die fachspezifische, herzchirurgische Intensivmedizin.

Die Klinik verfügt auf dem Campus über 50 Normalpflegebetten und eine fachspezifische Intensivpflegestation mit 24 Intensivpflege- und Beatmungsplätzen. Integriert ist eine Intensivpflegeeinheit für Herzpatienten, Patienten mit Herzunterstützungssystemen und Patienten mit s. g. extracorporalen Membranoxygenatoren. Zusätzlich wird in der CardioCliniC Köln als Dependence in Köln-Kalk eine operative Einheit mit zusätzlicher Intensivstation genutzt.

Insgesamt werden jährlich über 2.200 Operationen durchgeführt, davon etwa 1.400 mit Hilfe der Herz-Lungen-Maschine. Die Klinik verfügt über zwei Laboreinrichtungen im Operationsbereich und im intensivmedizinischen Bereich.

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

Daneben werden in Kooperation mit dem Institut für Experimentelle Medizin Großtierversuche in den Operationssälen der Experimentellen Medizin von unseren Operateuren in fünf Forschungsgruppen durchgeführt. Seit 2006 besteht zusätzlich unser Labor zur Stammzellforschung unter der Leitung von PD Dr. rer. nat. Adnana Paunel-Görgülü und Prof. Dr. med. Thorsten Wahlers, in dem Grundlagenforschung zu NETs ("neutrophil extracellular traps") erfolgt.

B-11.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-11.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

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

Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC07	Herztransplantation
VC01	Koronarchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC05	Schrittmachereingriffe

Thoraxchirurgie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

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

B-11.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-11.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.844
Teilstationäre Fallzahl	64
Anzahl Betten	74

B-11.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	286
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	209
3	I21	Akuter Herzinfarkt	205
4	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	177
5	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	128
6	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	113
7	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	103
8	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	60
9	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	58
10	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	54
11	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	50
12	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	32
13	J86	Eiteransammlung im Brustkorb	24
14	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	23
15	E32	Krankheit der Thymusdrüse	18
16	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen – Pneumothorax	17
17	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	17
18	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	16
19	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	15
20	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	11

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	11
22	J84	Sonstige Krankheit des Bindegewebes in der Lunge	10
23	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	9
24	I50	Herzschwäche	9
25	S27	Verletzung sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe im Brustkorb	9
26	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	6
27	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	6
28	J94	Sonstige Krankheit des Brustfells (Pleura)	6
29	J98	Sonstige Krankheit der Atemwege	6
30	C37	Krebs der Thymusdrüse	5

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

B-11.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.521
2	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	1.096
3	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	797
4	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	608
5	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	566
6	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	557
7	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	485
8	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	388
9	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	368
10	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	315
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	306
12	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	262
13	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	249
14	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	242
15	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	229

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	227
17	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	222
18	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	183
19	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	172
20	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	169
21	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen – Valvuloplastik	155
22	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	131
23	5-362	Operatives Anlegen eines Umgehensgefäßes bei verengten Herzkranzgefäßen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	130
24	5-322	Operative Entfernung von Lungengewebe, ohne Beachtung der Grenzen innerhalb der Lunge	125
25	8-852	Behandlung mit einer Herz-Lungen-Maschine zur Anreicherung von Sauerstoff im Blut außerhalb des Körpers – ECMO bzw. prä-ECMO-Therapie	125
26	5-354	Sonstige Operation an Herzklappen	124
27	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	123
28	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	120
29	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	109
30	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	102

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Herz- und Lungentransplantationsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC07	Herztransplantation

Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur
VC10	Eingriffe am Perikard
VC03	Herzklappenchirurgie
VC01	Koronarchirurgie
VC11	Lungenchirurgie

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

Schrittmacherambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC05	Schrittmachereingriffe

B-11.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	< 4
2	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	< 4

B-11.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-11.11 Personelle Ausstattung

B-11.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			44,49	41,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	44,49		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	39,65		
	- ambulant	4,84		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			18,10	101,88
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,10		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	16,13		
	- ambulant	1,97		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ01	Anästhesiologie

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ08	Herzchirurgie
AQ23	Innere Medizin
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie
AQ12	Thoraxchirurgie

Weiterbildungsermächtigung

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF28	Notfallmedizin

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

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

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

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

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

B-11.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		116,45	15,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		113,25		
	- indirekt		3,20		
Versorgungsbereich	- stationär		115,99		
	- ambulant		0,46		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,00	1.844,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		3,28	562,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,28		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,28		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		6,44	286,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,44		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		5,39		
	- ambulant		1,05		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		7,17	257,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		7,17		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		7,17		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Bachelor Pfegemangement, Bachelor of Nursing
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
	Onkologische Pflegefachkraft
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

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

Univ.-Prof. Dr. med. Axel Heidenreich

B-12.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**urologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Urologie (2200) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Axel Heidenreich**
Telefon	0221 / 478 – 82108
Telefax	0221 / 478 – 82371
E-Mail	**frank.jaeger@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

- Allgemeine Urologie
- Blasenentleerungsstörungen
- Uro-Andrologie/Sexualität
- Urologie der Frau/Neurourologie
- Uro-Onkologie
- Roboter-assistierte Chirurgie
- Rekonstruktive Urologie des Ureters und der Urethra

Für all diese Bereiche werden in der urologischen Poliklinik Spezialsprechstunden angeboten. In der Lehre nimmt die Urologische Klinik an den modernen Studienkonzepten teil, in der Forschung gehört die Klinik zum ersten Viertel der deutschen Universitätskliniken, gemessen an Publikationsparametern.

B-12.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-12.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU00	Andrologie
VU00	Chemotherapie
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis
VU00	EBU Subspeciality Centre Testis Cancer
	European Board of Urology
VU00	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
VU00	HDR-Brachytherapie
VU00	Kontinenz- und Beckenbodenzentrum
	seit 2013 Deutsche Kontinenzgesellschaft
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen
VU09	Neuro-Urologie
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase
VU00	Prostatakrebszentrum
	Uro-Onkologisches Zentrum und European Uro-Oncology Centre
VU17	Prostatazentrum
	DVPZ seit 2012 (Dachverband der Prostatazentren)
VU00	Roboter-assistierte Chirurgie
VU18	Schmerztherapie
VU00	Sexualmedizin
VU14	Spezialsprechstunde
VU13	Tumorchirurgie
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik
VG16	Urogynäkologie

B-12.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-12.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.224
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	47

B-12.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C67	Harnblasenkrebs	401
2	C61	Prostatakrebs	272
3	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	184
4	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	135
5	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	126
6	C62	Hodenkrebs	124
7	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	120
8	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	73
9	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	55

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	47
11	N35	Verengung der Harnröhre	39
12	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	38
13	N48	Sonstige Krankheit des Penis	32
14	C65	Nierenbeckenkrebs	31
15	N30	Entzündung der Harnblase	30
16	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	29
17	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	22
18	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	22
19	T83	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile (z.B. Schlauch zur Harnableitung) oder durch Verpflanzung von Gewebe in den Harn- bzw. Geschlechtsorganen	22
20	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	21
21	C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	21
22	C60	Peniskrebs	20
23	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	20
24	C66	Harnleiterkrebs	19
25	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungs-organen	18
26	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	16
27	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	15
28	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	14
29	N49	Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	14
30	N21	Stein in der Blase bzw. der Harnröhre	12

B-12.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	1.462
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	777
3	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	715
4	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	465
5	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	382
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	240
7	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	226
8	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	209

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	204
10	5-550	Operativer Einschnitt in die Niere, Einbringen eines Schlauches zur Harnableitung aus der Niere, Steinentfernung durch operativen Einschnitt, Erweiterung des Nierenbeckens bzw. Steinentfernung durch eine Spiegelung	202
11	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	192
12	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	190
13	5-987	Operation unter Anwendung eines Operations-Roboters	170
14	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	166
15	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	163
16	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	140
17	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauch-förmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	128
18	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	114
19	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	92
20	5-983	Erneute Operation	91
21	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	90
22	5-553	Operative Teilentfernung der Niere	89
23	5-554	Operative Entfernung der Niere	88
24	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harn-blase bei einer Spiegelung	76
25	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	76
26	5-559	Sonstige Operation an der Niere	75
27	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	75
28	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bild-gebende Verfahren, z.B. Ultraschall	72
29	5-576	Operative Entfernung der Harnblase – Zystektomie	72
30	5-989	Farbstoffgestütztes Therapieverfahren	68

B-12.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Urologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Ambulanz

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

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

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschiene	1.328
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	642
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	49
4	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	35
5	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters – Sterilisationsoperation beim Mann	5
6	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
7	5-408	Sonstige Operation am Lymphgefäßsystem	< 4
8	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	< 4
9	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	< 4
10	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	< 4
11	5-581	Operative Erweiterung des Harnröhrenausganges	< 4
12	5-582	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	< 4
13	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	< 4
14	5-612	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodensackes	< 4
15	5-621	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
16	5-622	Operative Entfernung eines Hodens	< 4
17	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	< 4
18	5-630	Operative Behandlung einer Krampfader des Hodens bzw. eines Wasserbruchs (Hydrocele) im Bereich des Samenstranges	< 4
19	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
20	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	< 4
21	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	< 4

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

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

B-12.11 Personelle Ausstattung

B-12.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			16,28	136,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,28		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	13,71		
	- ambulant	2,57		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,82	326,10
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,82		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,74		
	- ambulant	1,08		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie
ZF30	Palliativmedizin
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –

B-12.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		32,20	69,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		32,20		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		29,61		
	- ambulant		2,59		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		0,25	8.896,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,25		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,14		
	- ambulant		0,11		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		1,26	1.765,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,26		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,26		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		2,59	858,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,59		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,59		
	- ambulant		–		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		0,25	8.896,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,25		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,25		
	- ambulant				
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		1,67	1.331,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,67		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,67		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		1,67	1.331,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,67		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,67		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Bachelor Pflegemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement

B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel

B-13.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**orthopaedie-unfallchirurgie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Orthopädie (2300) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel**
Telefon	0221 / 478 – 4601
Telefax	0221 / 478 – 7045
E-Mail	**peer.eysel@uk-koeln.de**
Stellvertretender Direktor Leiter Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchir.	**Univ. Prof. Dr. med. Lars Müller**
Telefon	0221 / 478 – 4802
Telefax	0221 / 478 – 4835
E-Mail	**lars.mueller@uk-koeln.de**

Kurzportrait

In der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie wird das gesamte Spektrum der Erkrankung und Verletzung des Muskuloskelettalsystems behandelt. Neben dem Schwerpunkt Unfall-Hand-und Ellenbogenchirurgie stellen die Wirbelsäulenchirurgie, die Endoprothetik, Tumorchirurgie und Kinderorthopädie die Hauptbereiche der Klinik dar.

Die Klinik verfügt über 105 Plan-Betten. Zusätzlich werden die Patientinnen und Patienten auf der interdisziplinären Intensivstation durch eigene ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreut. Die ambulante Patientenversorgung erfolgt in mehreren Spezialsprechstunden und einer allgemeinen Poliklinik.

In der zentralen Notaufnahme der Universitätsklinik Köln ist mindestens eine ärztliche Mitarbeiterin oder ein ärztlicher Mitarbeiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie über 24 Stunden präsent.

Orthopädie und Unfallchirurgie betreiben ein eigenes Zentrum für Klinische Studien (ZKS) und stellen einen maßgeblichen Partner des Forschungsverbundes muskuloskelettaler Erkrankungen dar.

Bereich Orthopädie

Leitender Oberarzt Orthopädie

PD Dr. med. Kourosh Zarghooni

Telefon 0221 / 478 – 7945
Telefax 0221 / 478 – 6060
kourosh.zarghooni@uk-koeln.de

Wirbelsäulenchirurgie

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

Endoprothetik/Revisionsendoprothetik/Minimal-invasive Endoprothetik

Hüft-, Knie-, Schultergelenk-Endoprothetik

Operation von Knochentumoren und Weichteiltumoren, rekonstruktive Tumor-Orthopädie

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

Kinderorthopädie

Hüftdysplasie, Klumpfuß, Extremitätendeformität

Computernavigierte Operationen

Arthroskopie

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

Korrektureingriffe zur Verlängerung bzw. Verkürzung bzw. Achsenänderung an Gliedmaßen

Rheuma-Orthopädie

Schwerpunkt Unfallchirurgie

Leitender Oberarzt Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie

PD Dr. med. Kilian Wegmann

Telefon 0221 / 478 – 6622
Telefax 0221 / 478 – 4835
kilian.wegmann@uk-koeln.de

Behandlung von Unfallverletzungen und Folgen von Unfallschäden, Schwerst- und Mehrfachverletzungen mit Intensivbehandlungsbedürftigkeit, operative und nicht-operative Bruchbehandlung am gesamten Skelett einschließlich Brustkorb, Wirbelsäule, Hüftpfanne und Becken, Weichteilwiederherstellung nach unfallbedingten Defekten, Handchirurgie und Mikrochirurgie, Computer-navigierte Operationen, Arthroskopie (Gelenkspiegelung) aller großen Gelenke einschließlich arthroskopischer Operationen und Bandersatzoperationen

Künstlicher Gelenkersatz, Korrektureingriffe zur Verlängerung, Verkürzung und Achsenänderung an Gliedmaßen, Muskelersatzoperationen nach Nervenschäden. Knochentumoren und Weichteiltumoren an den Gliedmaßen, Knochenersatz-operationen nach unfallbedingten und tumorbedingten Knochendefekten

Federführendes Management bei polytraumatisierten Patienten, chirurgische Intensivmedizin, Kinderunfallchirurgie, Arbeitsunfälle (berufsgenossenschaftliches Heilverfahren), schwerverletzte Arbeitsunfälle (Verletzungsartenverzeichnis, sog. „§-6-Fälle“), Rehabilitation, Begutachtung

Ein Schwerpunkt unserer Abteilung ist die 3D-navigierte dorso-ventrale Stabilisierung von Wirbelsäulenverletzten, insbesondere der Halswirbelsäule (HWS) und der oberen Brustwirbelsäule (BWS).

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC63	Amputationschirurgie
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax
VO15	Fußchirurgie
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik
VO16	Handchirurgie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VO19	Schulterchirurgie
VC30	Septische Knochenchirurgie
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie
VC65	Wirbelsäulenchirurgie

Sonstige medizinische Bereiche

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Sozialpädiatrisches Zentrum

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC66	Arthroskopische Operationen
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane
VO14	Endoprothetik
VO16	Handchirurgie
VO12	Kinderorthopädie
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen
VO17	Rheumachirurgie

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

B-13.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-13.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	3.091
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	93

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

B-13.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	164
2	M54	Rückenschmerzen	163
3	S52	Knochenbruch des Unterarmes	159
4	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	134
5	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	113
6	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	105
7	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	100
8	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	94
9	S06	Verletzung des Schädelinneren	84
10	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	83
11	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	75
12	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	73
13	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	71

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
14	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	68
15	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	67
16	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	60
17	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	60
18	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	54
19	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	54
20	M25	Sonstige Gelenkkrankheit	51
21	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	48
22	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	47
23	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	37
24	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	37
25	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	36
26	D21	Sonstige gutartige Tumoren des Bindegewebes bzw. anderer Weichteil-gewebe wie Muskel oder Knorpel	35
27	M22	Krankheit der Kniescheibe	33
28	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	33
29	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	31
30	D17	Gutartiger Tumor des Fettgewebes	30

B-13.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	1.107
2	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	590
3	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	550
4	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	493
5	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	479
6	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	440
7	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule – Spondylodese	418
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	400
9	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	375
10	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	350
11	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	340
12	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	333
13	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	328

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	303
15	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	299
16	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	297
17	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	288
18	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	281
19	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	269
20	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	264
21	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	225
22	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	215
23	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	214
24	1-503	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt	209
25	5-83a	Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule zur Schmerzbehandlung mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	205
26	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	201
27	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	200
28	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	196
29	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	188
30	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	188

B-13.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Poliklinik für Allgemeine Orthopädie und Unfallchirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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

Privatambulanz

Privatambulanz

B-13.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	176
2	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	21
3	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	18
4	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	15
5	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	15
6	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	14
7	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	13
8	5-841	Operation an den Bändern der Hand	11
9	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	10
10	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	6
11	5-044	Nähen der äußeren Hülle eines Nervs bzw. Nervengeflechtes unmittelbar nach der Verletzung	6
12	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	6

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
13	5-849	Sonstige Operation an der Hand	4
14	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
15	5-045	Nähen einzelner Fasern eines Nervs bzw. Nervengeflechtes unmittelbar nach der Verletzung	< 4
16	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	< 4
17	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	< 4
18	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
19	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4
20	5-814	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung	< 4
21	5-846	Operative Versteifung von Gelenken an der Hand außer am Handgelenk	< 4
22	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
23	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
24	5-855	Nähen bzw. sonstige Operation an einer Sehne oder einer Sehnenscheide	< 4
25	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
26	5-863	Operative Abtrennung von Teilen der Hand oder der gesamten Hand	< 4
27	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4

B-13.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

In dieser Fachabteilung ist sowohl ein Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung, als auch eine stationäre BG-Zulassung vorhanden.

Der Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie ist am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) beteiligt.

B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			35,74	86,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	35,74		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	24,73		
	- ambulant	11,01		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			16,28	189,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,28		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,27		
	- ambulant	5,01		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ06	Allgemeinchirurgie
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-13.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		72,16	42,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		69,36		
	- indirekt		2,80		
Versorgungsbereich	- stationär		69,55		
	- ambulant		2,61		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		2,78	1.111,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,78		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,63		
	- ambulant		0,15		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		0,25	12.364,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,25		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,25		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		4,27	723,89
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,27		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		4,27		
	- ambulant		–		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		1,00	3.091,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		1,99	1.553,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,99		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		3,26	948,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,26		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,02		
	- ambulant		0,24		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		2,05	1.507,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,05		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,05		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Bachelor Pfegemangement, Bachelor of Nursing, Bachelor Medizinpädagogik
PQ02	Diplom
	Diplom Pflegemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement

B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mallmann

B-14.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**frauenklinik.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Frauenheilkunde und Geburtshilfe (2400) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mallmann**
Telefon	0221 / 478 – 4940
Telefax	0221 / 478 – 4929
E-Mail	**peter.mallmann@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Brustkrebszentrum

www.brustkrebsschwerpunkt-koeln.de

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

Gynäkologisches Krebszentrum

www.gynaekologisches-krebszentrum-koeln.de

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

Ambulanz für medikamentöse Tumortherapie

Chemotherapie, Molekulare und multimodale Therapie, Immuntherapie, Antikörpertherapie, Antihormontherrapie, Bisphosphonattherapie

Gynäkologische Dysplasie-Einheit

Kolposkopie und Vulvoskopie bei benignen, prämalignen und malignen Erkrankungen, weiterführende Diagnostik mit histologischer Sicherung (inkl. ekto- und endozervikaler Histologie), Lasertherapie, Anbindung an das gynäkologische Krebszentrum, operative Therapien (ambulant und stationär)

Geburtshilfe

Betreuung von Riskoschwangerschaften, Perinatalzentrum, Neonatologisches Zentrum

Pränataldiagnostik

Intrauterine Therapie, Perinatalzentrum, Betreuung von Risikoschwangerschaften

Fetalchirurgie

Reproduktionsmedizin

IVF und ICSI-Zentrum, Kryokonservierung von Spermien, Eizellen, Vorkernstadien und Eierstockgewebe

Gynäkologische Endokrinologie

Haut- und Haarsprechstunde, Menopausensprechstunde, Blutungsstörungen

Urogynäkologie im zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentrum

Urodynamischer Messplatz, alle Verfahren der konservativen und operativen Therapie

Schwerpunkt: Rezidivoperationen, Therapie der Dranginkontinenz

Minimalinvasive Chirurgie

Laparoskopische Hysterektomie, Myomenukleationen, Lymphonodektomien, hysteroskopische Operationen

Korrektur angeborener Fehlbildungen der Gebärmutter bei Kinderwunsch, Operationen bei Kinderwunsch, Urogynäkologische Operationen

Myomzentrum

Medikamentöse Myomtherapie, operative Myomtherapie durch Gebärmutterspiegelung oder Bauchspiegelung, Uterusarterienembolisation (UAE) und Myomtherapie durch MRT-gesteuerten fokussierten Ultraschall (MR-HIFU)

B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-14.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG19	Ambulante Entbindung
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG05	Endoskopische Operationen
VG00	Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
VG12	Geburtshilfliche Operationen
VG06	Gynäkologische Chirurgie
VG18	Gynäkologische Endokrinologie
VG07	Inkontinenzchirurgie
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG17	Reproduktionsmedizin
VG15	Spezialsprechstunde
VG16	Urogynäkologie

B-14.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-14.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	6.655
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	80

B-14.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	1.307
2	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	494
3	O42	Vorzeitiger Blasensprung	441
4	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	349
5	O80	Normale Geburt eines Kindes	341
6	C50	Brustkrebs	263
7	P22	Atemnot beim Neugeborenen	216
8	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	178
9	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	156
10	O99	Sonstige Krankheit der Mutter, die an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet werden kann, die jedoch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkompliziert	155
11	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	135
12	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	122
13	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburts-gewicht	110
14	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	98
15	O44	Fehllage der Plazenta vor dem Muttermund	88
16	C56	Eierstockkrebs	84
17	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	82
18	O28	Ungewöhnliches Ergebnis bei der Untersuchung der Mutter auf Krankheiten des ungeborenen Kindes	74
19	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	74
20	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	69
21	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit bzw. Entbindung	68

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	D27	Gutartiger Eierstocktumor	63
23	C53	Gebärmutterhalskrebs	59
24	C54	Gebärmutterkrebs	58
25	O30	Mehrlingsschwangerschaft	58
26	O62	Ungewöhnliche Wehentätigkeit	57
27	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	54
28	O48	Schwangerschaft, die über den erwarteten Geburtstermin hinausgeht	54
29	O46	Blutung vor der Geburt	47
30	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungs-organen	43

B-14.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	2.526
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.729
3	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	908
4	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	852
5	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	432
6	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	372
7	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	364
8	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	281
9	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	275
10	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	274
11	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	245
12	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	224
13	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	218
14	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	212
15	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	210
16	9-984	Pflegebedürftigkeit	178
17	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	151
18	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymph-knotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	147
19	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	146

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	136
21	5-672	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses	136
22	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	132
23	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	131
24	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	124
25	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	107
26	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	104
27	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	100
28	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut – Ausschabung	86
29	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	85
30	5-674	Wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals in der Schwangerschaft	85

B-14.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz und Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Privatambulanz
Notfallambulanz (24h)
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Spezialsprechstunde f. Dysplasie,
Spezialsprechstunde f. HIV b. Schwangeren,
Spezialsprechstunde f. Kinder- u. Jugendgynäkologie,
Menopausensprechstunde,
Inkontinenzsprechstunde,
Kinderwunschsprechstunde,
Ambulante Chemotherapie v. Mamma- u. Genitalkarzinomen,
Ambulante Operationen,
Myomsprechstunde

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

In der ASV Gynäkologische Tumore werden alle PatientInnen mit Krebserkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane sowie der weiblichen und männlichen Brust im Gynäkologischen bzw. Brustkrebszentrum und in der Ambulanz für medikamentöse Tumortherapie der Frauenklinik behandelt.

B-14.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-672	Untersuchung der Gebärmutter durch eine Spiegelung	605
2	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	190
3	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	104
4	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutterschleimhaut – Ausschabung	99
5	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	39
6	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	39
7	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutterschleimhaut ohne operativen Einschnitt	29
8	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	14
9	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	12
10	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	8
11	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	7
12	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des Afters	6
13	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	6
14	5-882	Operation an der Brustwarze	6
15	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	4
16	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	4
17	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	4
18	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	4
19	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
20	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	< 4
21	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
22	5-408	Sonstige Operation am Lymphgefäßsystem	< 4
23	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
24	5-536	Operativer Verschluss eines Narbenbruchs (Hernie)	< 4
25	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	< 4
26	5-663	Operative(r) Zerstörung oder Verschluss des Eileiters – Sterilisationsoperation bei der Frau	< 4
27	5-666	Wiederherstellende Operation am Eileiter	< 4
28	5-673	Operative Entfernung des Gebärmutterhalses	< 4
29	5-675	Sonstige wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
30	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	< 4

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

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

B-14.11 Personelle Ausstattung

B-14.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			33,81	196,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	33,81		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	25,02		
	- ambulant	8,79		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			22,79	292,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,79		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	16,87		
	- ambulant	5,92		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin
AQ23	Innere Medizin
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie
AQ46	Pathologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF28	Notfallmedizin

B-14.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		51,34	129,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		51,34		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		49,25		
	- ambulant		2,09		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		9,48	702,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		9,48		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		9,18		
	- ambulant		0,30		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann		3 Jahre		1,00	6.655,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		1,00	6.655,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		0,83	8.018,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,83		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,78		
	- ambulant		0,05		
Hebammen und Entbindungspfleger		3 Jahre		16,64	399,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		16,64		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		14,95		
	- ambulant		1,69		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		4,26	1.562,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,26		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,94		
	- ambulant		0,32		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		8,33	798,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		8,33		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		8,04		
	- ambulant		0,29		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
	Diplom Betriebswirtschaft - Schwerpunkt Gesundheitsmanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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

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

Univ.-Prof. Dr. med. Jens Peter Klußmann

B-15.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**hno.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (2600) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Jens Peter Klußmann**
Telefon	0221 / 478 – 51660
Telefax	0221 / 478 – 62042
E-Mail	**hno-chefsekretariat@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

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

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

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

Im Bereich des Kehlkopfes stellen die stimmverbessernden Operationen einen weiteren Schwerpunkt der Klinik dar. Das operative Spektrum wird abgerundet durch die plastisch-ästhetische Chirurgie und besondere Operationsverfahren in der HNO-Kinderheilkunde.

Für diese Behandlungen steht der Klinik ein großes Repertoire an Operationstechniken, bis hin zu den Rekonstruktionen mit mikrovaskulären Lappenplastiken zur Verfügung. Zu den technischen Möglichkeiten zählt u. a. die Verwendung eines Navigationssystems, die Laser- und Ultraschallchirurgie.

In der Klinik ist das umfassende diagnostische und therapeutische konservative Spektrum der HNO-Heilkunde abgebildet. Hier werden insbesondere die Störungen der Sinnesorgane, wie des Hörens und des Gleichgewichtssinns sowie der Riech- und Schmeckstörungen abgebildet. Die allergologischen HNO-Erkrankungen werden in der Abteilung der Allergologie sowohl diagnostiziert, als auch behandelt.

Eine besondere Abteilung stellt der Bereich Phoniatrie/Pädaudiologie dar, in dem Patienten mit Stimm-, Schluck- und Hörstörungen vom Säuglingsalter beginnend diagnostiziert und behandelt werden.

Weitere Spezialsprechstunden umfassen die EMG- und Botolinumtoxinanwendung im Kopf-Hals-Bereich, die Tauchmedizin und Tubenfunktion (inklusive Druckkammer-untersuchung), die Schlafmedizin, Plastische Chirurgie, Hörimplantate und die Schädelbasischirurgie. Bei bösartigen Tumoren wird die medikamentöse Tumor-therapie inklusive Immunonkologie von Kopf-Hals-Malignomen in der Klinik im adjuvanten und palliativen Modus durchgeführt.

B-15.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-15.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA15	Plastische Chirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses

Neurochirurgie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Allgemein

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VH26	Laserchirurgie
VH23	Spezialsprechstunde

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
VH25	Schnarchoperationen
VH00	Diagnostik und Therapie von Speicheldrüsenerkrankungen und Speicheldrüsengang-erkrankungen

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie
VH00	Diagnostik und Therapie von Riechstörungen
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH05	Cochlearimplantation
	Cochlear Implant Centrum Köln: Komplette Diagnostik präoperativ, chirurgische Versorgung, komplette (Re-)Habilitation (audiologisch, pädagogisch, medizinisch)
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Mittelohrchirurgie
	Zentrum für Mittelohrchirurgie: Komplette (päd-)audiologische Diagnostik aller Hörstörungen inklusive operativer Möglichkeiten, z. B. implantierbare Hörgeräte, BAHA (Bone Anchored Hearing Aid, knochenverankertes Hörgerät), Cochlear Implantat oder modernste Mittelohrchirurgie
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres
VH27	Pädaudiologie
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie

Onkologie

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

Rekonstruktive Chirurgie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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

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

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

B-15.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-15.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.525
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	39

B-15.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C32	Kehlkopfkrebs	152
2	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit – Cholesteatom	140
3	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	129
4	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	127
5	H91	Sonstiger Hörverlust	125
6	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	118
7	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	99
8	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	97
9	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	93
10	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	64
11	G47	Schlafstörung	62
12	C44	Sonstiger Hautkrebs	59
13	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	59
14	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	54
15	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	47
16	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	38
17	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	36
18	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	36
19	R04	Blutung aus den Atemwegen	35
20	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	34
21	R59	Lymphknotenvergrößerung	34
22	J03	Akute Mandelentzündung	31
23	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	31
24	C01	Krebs des Zungengrundes	29
25	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	29
26	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	28
27	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	27
28	H72	Trommelfellriss, die nicht durch Verletzung verursacht ist	24
29	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	23
30	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	21

B-15.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-242	Messung des Hörvermögens – Audiometrie	797
2	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	457
3	5-983	Erneute Operation	421
4	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	327
5	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	294
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	249
7	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	239
8	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	232
9	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	215
10	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	197
11	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	195
12	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	194
13	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	190
14	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten – Neck dissection	187
15	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	173
16	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	168
17	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	160
18	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	155
19	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	150
20	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	146
21	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	142
22	5-269	Andere Operation an Speicheldrüse bzw. Speicheldrüsenausführungsgang	141
23	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	139
24	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	120
25	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	107
26	5-292	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rachens	101
27	5-312	Anlegen eines dauerhaftern, künstlichen Luftröhrenausganges	101
28	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	99
29	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	95
30	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	91

B-15.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Mittelohrchirurgie
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Allgemeine Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Gesamtes Spektrum der HNO-Notfalldiagnostik und -therapie

Allgemeine Privatambulanz

Privatambulanz

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

Cochlear Implant Centrum Köln

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

Nachsorge nach Cochlear Implantation

Onkologische Nachsorge

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus n. § 116b SGB V

Komplette Diagnostik und gegebenenfalls Therapie im Rahmen der onkologischen Nachsorge

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

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

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

Pädaudiologie/Phoniatrie

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

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

Spezialambulanz für kindliche Hörstörungen

Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

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

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

Vor- und Nachsorge

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

Erbringung von Leistungen im vor- und nachstationären Bereich

B-15.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	94
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	50
3	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	19
4	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	18
5	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	8
6	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	8
7	5-316	Wiederherstellende Operation an der Luftröhre	6
8	5-184	Operative Korrektur abstehender Ohren	5

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	5
10	5-219	Sonstige Operation an der Nase	4
11	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	4
12	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	4
13	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
14	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
15	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	< 4
16	5-185	Operative Formung bzw. wiederherstellende Operation am äußeren Gehörgang	< 4
17	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	< 4
18	5-221	Operation an der Kieferhöhle	< 4
19	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
20	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
21	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
22	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
23	5-897	Operative Sanierung einer Steißbeinfistel (Sinus pilonidalis)	< 4
24	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4

B-15.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-15.11 Personelle Ausstattung

B-15.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			21,73	116,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,73		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	16,08		
	- ambulant	5,65		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			11,11	227,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,11		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,22		
	- ambulant	2,89		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
AQ67	Phoniatrie und Pädaudiologie
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-15.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildung-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		28,11	89,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		26,77		
	- indirekt		1,34		
Versorgungsbereich	- stationär		27,96		
	- ambulant		0,15		

Ausbildung		Ausbildungdauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		2,05	1.231,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,05		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,05		
	- ambulant		–		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		0,85	2.970,59
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,85		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,85		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		0,84	3.005,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,84		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,84		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		0,66	3.825,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,66		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,61		
	- ambulant		0,05		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		0,42	6.011,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,42		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,42		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Bachelor Pädagogik, Bachelor Ernährungsberatung
PQ15	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
	Master Pflegepädagogik
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement

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

Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

B-16.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Augenheilkunde – Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**augenklinik.uk-koeln.de** DMEK – Descemet Membrane Endothelial Keratoplasty (Zentrum für Hornhauttransplantation) **dmek.de**
§-301-Schlüssel	Augenheilkunde (2700) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Direktor	**Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen**
Telefon	0221 / 478 – 4300
Telefax	0221 / 478 – 5094
E-Mail	**claus.cursiefen@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Der besondere Schwerpunkt des Zentrums für Augenheilkunde und seiner Schwerpunkte liegt in der Versorgung von ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten. Wie auf der Website (**augenklinik.uk-koeln.de**) dargestellt, deckt das Zentrum für Augenheilkunde das gesamte Spektrum der Augenheilkunde ab. Bezogen auf die stationären Fallzahlen ist die Kölner Universitätsaugenklinik mit über 6.500 stationären Patientinnen und Patienten die grösste singuläre Uniaugenklinik in Deutschland.

Schwerpunkte der Krankenversorgung sind Erkrankungen der Hornhaut, Hornhaut-Transplantationen, Glaukome, Strabologie, Neuroophtalmologie, Erkrankungen von Lidern, Tränenwegen und Orbita, Onkologie sowie Erkrankungen der Netzhaut.

Die Klinik hat ein deutlich überregionales Einzugsgebiet, das weit über NRW hinausgeht. Die Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums steht zur Versorgung von ophthalmologischen Notfällen zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung.

In der Klinik für allgemeine Ophthalmologie liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung des grauen Stars einschließlich aller Arten von Kunstlinsenimplantation, der Operation und medikamentösen Behandlung von komplizierten Erkrankungen der Hornhaut und der Durchführung und Nachsorge von Hornhauttransplantationen. An der Kölner Uniaugenklinik werden über 10 % aller Hornhauttransplantationen in Deutschland durchgeführt.

Glaukomerkrankungen in allen Formen sind ein besonderer Schwerpunkt des Zentrums. Es stehen alle invasiven und Laser-unterstützten Operationstechniken für das Glaukom zur Verfügung. Ein weiter Schwerpunkt ist die Ophthalmo-Onkologie und die stadiengerechte Therapie von Augentumoren in Kooperation mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO).

Im Zentrum für Augenheilkunde werden im Schwerpunkt für Schielbehandlung und Neuroophthalmologie und okkuläre Motilitätsstörungen alle Formen des frühkindlichen Schielens und des Lähmungsschielens diagnostiziert und falls notwendig sowohl konservativ als auch chirurgisch operativ behandelt.

Im Zentrum für Augenheilkunde versorgt der Schwerpunkt für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie alle Erkrankungsformen der diabetischen Netzhauterkrankungen und bietet Laserbehandlungen und anatomieerhaltende Netzhautchirurgie an. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die medikamentöse und chirurgische Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration in Diagnostik und Therapie dar. Die medikamentöse und chirurgische Behandlung von Endophthalmitiden, sowie die Behandlung und Diagnostik von Dystrophien und Tumoren der Netzhaut werden durchgeführt.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der Kölner Universitätsaugenklinik ist die translationale Forschung. Dazu hat die Kölner Uniaugenklinik als einzige Uniaugenklinik in Deutschland eine DFG Forschergruppe eingerichtet (FOR2240; **www.for2240.de**; Sprecher: Prof. Dr. Claus Cursiefen).

Allgemeine Augenheilkunde und Poliklinik

Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

Telefon 0221 / 478 – 4300
Telefax 0221 / 478 – 5094
claus.cursiefen@uk-koeln.de

Schwerpunkt für Neuroophthalmologie und Strabologie

Gemeinsame Leitung

Dr. med. Julia Fricke
Telefon: 0221 / 478 – 4325
Telefax: 0221 / 478 – 3533
julia.fricke@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. Antje Neugebauer
Telefon: 0221 / 478 – 4325
Telefax: 0221 / 478 – 3533
antje.neugebauer@uk-koeln.de

In der angegliederten Berufsfachschule für Orthoptik werden Orthoptistinnen und Orthoptisten ausgebildet.

Schwerpunkt für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie

Prof. Dr. med. Tim U. Krohne
Telefon 0221 / 478 – 4105
Telefax 0221 / 478 – 5922
aug-netzhautsprechstunde@uk-koeln.de

B-16.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-16.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA13	Anpassung von Sehhilfen
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA15	Plastische Chirurgie

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

B-16.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-16.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	6.562
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	65

B-16.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Grüner Star – Glaukom	2.323
2	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	1.058
3	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	549
4	H25	Grauer Star im Alter – Katarakt	498
5	H50	Sonstiges Schielen	320
6	C44	Sonstiger Hautkrebs	169
7	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	167
8	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges – Keratitis	164
9	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	112
10	H17	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges	98
11	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	84
12	H26	Sonstiger Grauer Star	83
13	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildung des Auges	83
14	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	76
15	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	66
16	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	62
17	D23	Sonstige gutartige Tumoren der Haut	61
18	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	51
19	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	50
20	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	42
21	Q12	Angeborene Fehlbildung der Augenlinse	36

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	D31	Gutartiger Tumor am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	35
23	Q10	Angeborene Fehlbildung des Augenlides, des Tränenapparates bzw. der knöchernen Augenhöhle	27
24	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	25
25	Q11	Fehlende Augenentwicklung bzw. Entwicklung eines zu kleinen oder zu großen Auges	25
26	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	23
27	H20	Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) bzw. des Strahlenkörpers des Auges	19
28	H00	Gerstenkorn bzw. Hagelkorn	18
29	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	15
30	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	14

B-16.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-220	Messung des Augeninnendrucks	3.607
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1.371
3	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation	1.165
4	5-983	Erneute Operation	1.143
5	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	1.090
6	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	987
7	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	845
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	601
9	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	557
10	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	498
11	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	471
12	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	427
13	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	366
14	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	353
15	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	323
16	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	306
17	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	261
18	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	233
19	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	186

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	5-124	Nähen der Hornhaut des Auges	182
21	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	171
22	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	168
23	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	122
24	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	96
25	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	95
26	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	83
27	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	83
28	5-095	Nähen des Augenlides	81
29	5-160	Operative Eröffnung der Augenhöhle	77
30	5-134	Senkung des Augeninnendrucks durch eine Operation ohne Ableitung des Kammerwassers nach außen	76

B-16.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz (Poliklinik)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA17	Spezialsprechstunde

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva

Nr.	Angebotene Leistung
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Notfallversorgung bei Augenverletzungen, Verletzungen der Augenlider und der Augenanhangsorgane, akute Augenerkrankungen, deren Diagnostik und Therapie keinen zeitlichen Aufschub dulden darf.

Nr.	Angebotene Leistung
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde

Privatambulanz

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA17	Spezialsprechstunde

B-16.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	1.463
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	386
3	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	334

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	237
5	5-097	Lidstraffung	226
6	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	218
7	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	148
8	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	114
9	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	102
10	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	98
11	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	95
12	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	94
13	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenlidtiefstand	65
14	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	54
15	5-095	Nähen des Augenlides	39
16	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	34
17	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	25
18	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	22
19	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	20
20	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	15
21	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	9
22	5-113	Operativer Ersatz der Bindehaut des Auges	6
23	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	6
24	5-147	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Augenlinse	4
25	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	4
26	5-081	Operative Entfernung von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse	< 4
27	5-085	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Tränensack bzw. sonstigen Tränenwegen	< 4
28	5-086	Wiederherstellende Operation am Tränenkanal bzw. Tränenpunkt	< 4
29	5-087	Wiederherstellende Operation des Tränennasengangs	< 4
30	5-098	Senkrechte Lidverlängerung	< 4

B-16.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-16.11 Personelle Ausstattung

B-16.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			39,07	167,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	39,07		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	28,63		
	- ambulant	10,44		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			24,42	268,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	24,42		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,89		
	- ambulant	6,53		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ04	Augenheilkunde

B-16.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		57,17	114,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		57,06		
	- indirekt		0,11		
Versorgungsbereich	- stationär		55,49		
	- ambulant		1,68		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,99	3.297,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,99		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,99		
	- ambulant		–		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		1,24	5.291,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,24		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,24		
	- ambulant		–		

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		6,39	1.026,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		6,39		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		6,25		
	- ambulant		0,14		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater

B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

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

B-17.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Neurologie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**neurologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Neurologie (2800) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Gereon R. Fink**
Telefon	0221 / 478 – 4455
Telefax	0221 / 478 – 7005
E-Mail	**neurologie-direktor@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Schwerpunkte in der Krankenversorgung

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

Stationär werden jährlich über 5.000 Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen aus dem gesamten neurologischen Fachgebiet untersucht und behandelt. Zur spezialisierten Versorgung akuter Schlaganfälle stehen, neben den Normalstationen, eine eigene neurologische Intensivstation, eine überregional zertifizierte Stroke Unit und eine Comprehensive Stroke Unit zur Verfügung.

In einer Frührehabilitationseinheit mit 20 Behandlungsplätzen werden Patientinnen und Patienten mit neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen in einem multiprofessionellen Team behandelt. Eine komplette, neurologische Zusatzdiagnostik und das gesamte Spektrum neurologischer Therapien werden an der Klinik angeboten.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten bestehen mit den Privatsprechstunden des Direktors der Klinik und der Oberärztinnen und Oberärzte, zahlreichen Spezialsprechstunden, sowie einer Therapieambulanz für neuroimmunologische Erkrankungen.

Schwerpunkte der Patientenversorgung und der Lehre und Forschung sind zerebrovaskuläre Erkrankungen, Neuroimmunologie, Neuroonkologie und Neurorehabilitation, Neuromodulation und Bewegungsstörungen sowie Demenz. In der klinischen als auch grundlagenorientierten Forschung arbeiten weit über 60 wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

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

B-17.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-17.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B) bei Schlaganfällen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
	Stroke Unit (Schlaganfalleinheit) für spezifische Diagnostik u. Therapie des Schlaganfalls: Zerebrale Ischämie (Hirninfarkt), zerebrale Blutung (Hirnblutung), Subarachnoidalblutung u. Hirnvenenthrombose mit Physiotherapie, Logopädie, Behandlung von Sprach-, Schluck- u. Hirnleistungsstörungen
VN21	Neurologische Frührehabilitation
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
	Neurologische Intensivstation für zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfälle, die innerhalb der ersten 4,5 Stunden in unsere Klinik kommen, in denen das Gerinnsel mit Medikamenten aufgelöst werden kann. Auch für schwere entzündliche oder autoimmune Erkrankungen mit Überwachungspflicht.
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde
VN24	Stroke Unit

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

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

B-17.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-17.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.649
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	105

B-17.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	1.024
2	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	442
3	G20	Parkinson-Krankheit	349
4	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	314
5	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems – Multiple Sklerose	176
6	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	153
7	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	151
8	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	126
9	G43	Migräne	120
10	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	114
11	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	112
12	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	110
13	R51	Kopfschmerz	108
14	G44	Sonstiger Kopfschmerz	105
15	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	104
16	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	103
17	C71	Gehirnkrebs	102
18	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	102
19	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	82
20	H46	Entzündung des Sehnervs	74
21	G12	Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung	68
22	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	67
23	G91	Wasserkopf	67
24	S06	Verletzung des Schädelinneren	67
25	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	54
26	G30	Alzheimer-Krankheit	49
27	G61	Entzündung mehrerer Nerven	48
28	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	43
29	G37	Sonstige Schädigung der weißen Substanz in Gehirn bzw. Rückenmark	40

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
30	B02	Gürtelrose – Herpes zoster	32

Schwerpunkte in der Krankenversorgung

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

Ferner gibt es eine neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitationseinheit. Die gesamte Zusatzdiagnostik wird angeboten.

Besondere Schwerpunkte der Krankenversorgung sind:

- Akute Schlaganfälle (ischämischer Insult, intrakranielle Blutung)
- Frührehabilitation neurologischer und neurochirurgischer Krankheitsbilder
- Bewegungsstörungen, insbesondere Morbus Parkinson, inkl. Tiefe Hirnstimulation, Apomorphin- und Duodopapumpentherapie
- Demenzdiagnostik
- Multiple Sklerose
- Neuroonkologie

B-17.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-208	Messung von Gehirnströmen, die durch gezielte Reize ausgelöst werden (evozierte Potentiale)	5.682
2	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	3.815
3	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	3.611
4	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	2.283
5	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	1.547
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	1.391
7	1-206	Untersuchung der Nervenleitung – ENG	1.325
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	849
9	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	627
10	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	610
11	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur – EMG	515
12	8-552	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten	350
13	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	336
14	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	299
15	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	210
16	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	201

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	194
18	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	184
19	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	118
20	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	59
21	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	54
22	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	51
23	8-151	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	51
24	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	51
25	1-790	Untersuchung von Hirn-, Herz-, Muskel- bzw. Atmungsvorgängen während des Schlafes	50
26	8-97d	Fachübergreifende Behandlung sonstiger lang andauernder Krankheiten	45
27	8-924	In den Körper eingreifende Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems	42
28	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	32
29	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	30
30	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	26

B-17.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Neurologische Ambulanz

Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V
Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Notfallambulanz (24h)
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

In der ambulanten Versorgung werden neben der Ambulanz mit der allgemeinen neurologischen Sprechstunde und dem 24-stündigen Notdienst Spezialsprechstunden für folgende Bereiche angeboten.

Nr.	Angebotene Leistung
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

Nr.	Angebotene Leistung
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)
Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose
Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

Nr.	Angebotene Leistung
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN23	Schmerztherapie

Privatambulanz

Privatambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde

B-17.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-17.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-17.11 Personelle Ausstattung

B-17.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			40,62	139,07
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	40,62		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	34,67		
	- ambulant	5,95		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			16,33	345,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,33		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	13,94		
	- ambulant	2,39		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

Weitere Qualifikationen

- Fiberendoskopische Schluckdiagnostik
- Verkehrsmedizin
- Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Weiterbildungsbefugnisse

Facharztweiterbildung Neurologie
Univ.-Prof. Dr. med. Gereon R. Fink
Volle Weiterbildungszeit Neurologie (4 Jahre)

Intensivmedizin
Univ.-Prof. Dr. med. Özgür Onur
Volle Weiterbildungszeit (2 Jahre)

Psychiatrisches Jahr
Univ.-Prof. Dr. med. Frank Jessen
Rotation in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Botulinumtoxin
PD Dr. med. Gilbert Wunderlich
Zertifikation für die Anwendungsbereiche Spastik, zervikale Dystonie, Hemispasmus facialis Blepharospasmus und uromandibuläre Dystonien.

EEG
Dr. med. Janina Neuneier
Ausbilder (DGKN)

PD Dr. med. Michael Malter
Ausbilder (DGKN)

EMG
PD Dr. med. Gilbert Wunderlich
Ausbilder, Prüfer (DGKN)

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

Epilepsie
PD Dr. med. Michael Malter
Zertifikat Epileptologie plus

Evozierte Potenziale
Dr. med. Gilbert Wunderlich
Ausbilder, Prüfer (DGKN)

Funktionelle Bildgebung
Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Fink
Ausbildungszentrum der DGKN

B-17.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		127,01	44,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		125,07		
	- indirekt		1,94		
Versorgungsbereich	- stationär		125,73		
	- ambulant		1,28		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,60	3.530,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,60		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,60		
	- ambulant		–		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre		4,78	1.181,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		4,78		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		–		
	- ambulant		4,78		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.		7 bis 8 Semester		2,00	2.824,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,00		
	- ambulant		–		
Pflegehelferinnen und Pflegehelfer		ab 200 Stdn. Basiskurs		2,00	2.824,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,00		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		3,06	1.846,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		3,06		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		3,06		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP29	Stroke Unit Care
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten

Weitere Qualifikationen

- Pflegeberatung
- Therapeutisch Aktivierende Pflege (TaktiP)

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

B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Univ.-Prof. Dr. med. Frank Jessen

B-18.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**psychiatrie-psychotherapie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Allgemeine Psychiatrie (2900) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Frank Jessen**
Telefon	0221 / 478 – 4010
Telefax	0221 / 478 – 5593
E-Mail	**frank.jessen@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über 107 Betten auf 5 Stationen, 25 teilstationäre Plätze in der Tagesklinik und ein Angebot der stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Zusammen mit der DAK betreibt die Klinik einen IV-Vertrag Zuhause-Behandlung von Patienten mit psychotischen und affektiven Erkrankungen.

Die Klinik ist für die gesamte stationäre psychiatrische Versorgung des Kölner Stadtbezirks 3 (130.000 Einwohner) zuständig. Zur Verfügung steht ein breites Spektrum differenzierter, multiprofessioneller Diagnoseverfahren einschließlich psychiatrischer, psychologischer, neurophysiologischer und bildgebender Diagnostik in Kooperation mit der Klinik für Neurologie, der Neuroradiologie und Nuklearmedizin.

Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft verbinden die angewandten Therapieverfahren moderne, auf ihre Wirksamkeit geprüfte Strategien der Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie.

Den stationär und teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten stehen eine Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten neben der ärztlich-psychiatrischen Behandlung zur Verfügung: Ergotherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie, Entspannungstraining, psychotherapeutische Einzeltherapie und störungsspezifische Gruppentherapien, unter anderem für Patientinnen und Patienten mit Psychosen, Angststörungen, Borderline-Störungen, depressiven Störungen, bipolaren Erkrankungen, Demenzen und Suchterkrankungen. Gerade die psychotherapeutischen Behandlungsangebote wurden über die letzten Jahre systematisch erweitert und durch engmaschige qualifizierte Supervisionen in ihrer Qualität gesichert. Außerdem werden Angehörigengruppen für betroffene Familien angeboten. Der Sozialdienst unterstützt die Patientinnen und Patienten bei der Lösung finanzieller und sozialer Probleme.

Die ambulante Versorgung erfolgt über die Poliklinik (zur Krisenintervention und Notfallversorgung über 24 Stunden) sowie die Institutsambulanz (intensivierte längerfristige Betreuung durch ein multiprofessionelles Team von Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, psychiatrisch geschultem Krankenpflegepersonal, Ergotherapeutinnen und –therapeuten und Sozialarbeiterinnen und -arbeitern) und verschiedene Spezialambulanzen (Autismus, Depression im höheren Lebensalter) und das „Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychotische Krisen – FETZ“. Das FETZ bietet Beratung, Behandlung und begleitende Hilfen für Menschen mit einem erhöhten Risiko oder ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung. Das interdisziplinäre Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG) zur Früherkennung und Behandlung von Demenzen wird in Zusammenarbeit mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie, dem Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin und dem Institut für klinische Chemie betrieben.

Die Klinik leistet einen umfassenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsiliardienst für das Uniklinikum.

B-18.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-18.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention u. Rehabilitation psychischer, psychosomatischer u. entwicklungsbed. Störungen im Säuglings-, Kinder- u. Jugendalter
VP00	FrühErkennungs- und TherapieZentrum für psychotische Krisen - FETZ
VP15	Psychiatrische Tagesklinik
VP12	Spezialsprechstunde
	Autismus, ADHS, Zwangsstörungen
VP00	Stationsäquivalente Behandlung (StäB)
VP00	Zentrum für Gedächtnisstörungen (ZfG)
VP00	Zuhause-Behandlung von Patienten mit Psychose

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen

B-18.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-18.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.112
Teilstationäre Fallzahl	191
Anzahl Betten	103
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	25

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

B-18.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	229
2	F20	Schizophrenie	187
3	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	138
4	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	129
5	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	94
6	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverslust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht – Schizoaffektive Störung	47
7	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	39
8	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	38
9	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	22
10	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseins-verändernde Substanzen bedingt	20

B-18.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	9.406
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.439
3	9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	1.049
4	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	560

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	345
6	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	240
7	8-632	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]	199
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	198
9	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	85
10	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	37

B-18.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

Altersdepressionsambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik und Behandlung von Depression im Alter, neuropsychologische Testungen

Autismusambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik von Autismus im Erwachsenenalter, neuropsychologische Testungen

EKT-Sprechstunde

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Indikationsstellung für EKT-Behandlungen

Früherkennungs- und Therapiezentrum (FETZ)

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik von Risikostadien für Psychosen, neuropsychologische Testungen

Privatambulanz

Privatambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Psychiatrische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Zentrum für Gedächtsnisstörungen

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

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

B-18.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-18.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-18.11 Personelle Ausstattung

B-18.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			23,79	46,74
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	23,79		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	18,31		
	- ambulant	5,48		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			7,95	139,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,95		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,12		
	- ambulant	1,83		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –

B-18.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		93,00	11,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		93,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		92,19		
	- ambulant		0,81		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,52	731,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,52		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,52		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP13	Qualitätsmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater und Wundexpertinnen/Wundexperten

B-18.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen			3,74	297,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,74		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,77		
	- ambulant	0,97		

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten			0,60	1.853,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,60		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,47		
	- ambulant	0,13		
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)			10,63	104,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,63		
	- ambulant	–		
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten			7,60	146,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00		
	- indirekt	6,60		
Versorgungsbereich	- stationär	7,44		
	- ambulant	0,16		
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten			2,96	375,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	–		
	- indirekt	2,96		
Versorgungsbereich	- stationär	2,96		
	- ambulant	–		

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

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

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Bender

B-19.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

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

Kurzportrait

kinder-jugendpsychiatrie.uk-koeln.de

Die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Uniklinik Köln wurde 1988 neu eingerichtet, das Gebäude der ehemaligen Plastischen Chirurgie entsprechend umgebaut und 1989 bezogen.

Zunächst mit 26 stationären Betten ausgestattet, kam zwei Jahre später eine Tagesklinik mit 14 Plätzen hinzu.

Wichtige Erweiterungen stellten die „Villa Kunterbunt“ (1994), ein Therapie- und Schulgebäude, sowie ein Klinikanbau (2004) dar, in dem 14 zusätzliche Betten für die stationäre Versorgung sind. 2008 konnte ein weiterer Anbau in Betrieb genommen werden, in dem die Jugendlichenstationen untergebracht sind.

2014 wurde zusätzlich eine Tagesklinik für Jugendliche mit weiteren sechs Plätzen eröffnet – dort werden vorwiegend Jugendliche mit emotional-instabilen Persönlichkeitsanteilen nach tiefenpsychologisch fundiertem Schwerpunkt behandelt (TFP-A).

2019 wurde eine weitere Station für Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren mit 8 Betten eröffnet, die nach einem spezifischen schematherapeutischen Konzept für Jugendliche arbeitet. Diagnostischer Schwerpunkt sind affektive Störungen aus dem depressiven Formenkreis. Diese Bettenkapazität wurde in 2021 auf insgesamt 12 Betten und zwei zusätzliche tagesklinische Plätze aufgestockt.

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

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

Insgesamt verfügt die Klinik über eine Versorgungskapazität von 50 voll- und 22 teilstationären Plätzen.

AKiP – Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

akip.uk-koeln.de

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

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

B-19.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-19.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

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

B-19.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-19.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	514
Teilstationäre Fallzahl	109
Anzahl Betten	50
Zusätzliche Betten in der Tagesklinik	22

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

B-19.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	257
2	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	42
3	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	39
4	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	38
5	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	29
6	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	18

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	15
8	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	15
9	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	12
10	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	10

B-19.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	6.848
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	1.086
3	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	395
4	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	387
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	65
6	9-686	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	51
7	1-207*	Messung der Gehirnströme – EEG	4
8	1-797	Umfassende Untersuchung der Hormonfunktionen	< 4

* = OPS 1-207 – Die Anzahl der tatsächlich durchgeführten EEG-Untersuchungen liegt mit ausgezählt 26 für 2020 wesentlich höher.

B-19.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemein-Ambulanz

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

Kriseninterventionen, Notfallversorgung, kurzfristig post-stationäre und intensivierte längerfristige Betreuung

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Nr.	Angebotene Leistung
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Ambulanz für geflüchtete Kinder und Adoleszente

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Spezialambulanz zur Versorgung geflüchteter Kinder und Adoleszenter mit dem Ziel Psychoedukation, Gegenwartstabilisierung und bei Indikation Traumatherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP12	Spezialsprechstunde

KJ-FETZ Früherkennungs- & Therapiezentrum für psychische Krisen

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Im Rahmen der Erforschung und Behandlung psychotischer Krisen und psychotischer Erkrankungen bieten wir im Rahmen der Früherkennungssprechstunde eine ambulante, gegebenenfalls stationäre Diagnostik zur Risiko-Einstufung mit begleitendem Monitoring an.

Regulationsstörungssprechstunde

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde

Spezialambulanz für Angst-, Zwangs- und Tic-Störungen

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

Therapieprogramm f. Kinder u. Jugendliche m. Angst- u. Zwangsstörungen (THAZ), Expositionsbehandlung mit Unterstützung. Behandlung von Tics mit Methoden zur Stressreduktion u. zur sogenannten Reaktionsumkehr (habit reversal), ergänzende medikamentöse Therapien

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

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

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

Ausführliche Exploration, testpsychologische Verfahren, multimodale Verhaltenstherapie, Eltern-Kind-Therapie auf Basis des Therapieprogramms für Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten (THOP): Spieltraining, Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Verfahren

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für autistische Störungen

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

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

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

Spezialambulanz für Enuresis

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

Spezialambulanz für Kinder u. Jugendliche im Alter 5 – 18 Jahren m. täglichem o. nächtlichem Einnässen, organische Ausschlussdiagnostik, symptomorientierte Behandlung über kognitiv-verhaltenstherap. Maßnahmen, Kalenderführung, apparative Verhaltenstherapie, Bio-Feedback-Verfahren u. Pharmakotherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Essstörungen

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

Differenzierte Diagnostik (am häufigsten Anorexia nervosa, "Magersucht"), individueller Behandlungsplan, Entscheidung über zeitnahe stationäre Aufnahme oder Vermittlung an ambulante Behandlung. Die KJP ist an den Arbeitskreis Essstörungen der Stadt Köln angeschlossen.

Spezialambulanz für Jugendliche mit selbstverletzendem Verhalten

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

Spezialambulanz bei repetitiver Selbstverletzung mit differentialdiagnostischer Einschätzung u. Koordination des weiteren therapeutischen Vorgehens, Möglichkeit für betroffene Jugendliche und ihre Eltern zur Gruppentherapie angelehnt an dialektisch-behaviorales Fertigkeitstraining für Jugendliche

Spezialambulanz für Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter

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

Ausführliche Exploration, testpsychologische Verfahren, multimodale Verhaltenstherapie auf der Basis des Therapieprogramms für Kinder mit aggressivem Verhalten (THAV), Training sozial-kognitiver Verarbeitung, soziale Fertigkeiten, Problemlösung, Impulskontrolle

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

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

Therapieprogramm f. Jugendliche m. Selbstwert-, Leistungs- u. Beziehungsstörungen (SELBST): Am Anfang steht ein zeitlich begrenztes Gesprächsangebot, in dem mit dem Jugendlichen zunächst erarbeitet wird, ob ein intensiveres Behandlungsangebot sinnvoll ist und in dem die Motivation aufgebaut wird.

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder

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

Beratungsangebot bei "funktionellen" Störungen wie Schlaf-, Fütter- u. Schreistörungen, allgemeine Regulationsstörungen, Interaktionsprobleme, Probleme von Risikosäuglingen und psychische Probleme, wie z. B. depressive u. posttraumatische Reaktionen nach äußeren Verlusterlebnissen

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

Nr.	Angebotene Leistung
VP12	Spezialsprechstunde

Trauma-Ambulanz

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

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist eine emotionale Störung nach psychischem Trauma, das die individuellen Bewältigungsstrategien überfordert, Alpträume, Schlafstörungen u. immer wiederkehrendes Nacherleben. Neben akuter Krisenintervention wird Beratung u. Behandlung angeboten.

B-19.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-19.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-19.11 Personelle Ausstattung

B-19.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			17,87	28,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,87		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,39		
	- ambulant	5,48		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			7,31	70,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,31		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,07		
	- ambulant	2,24		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-19.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		28,23	18,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		28,23		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		27,91		
	- ambulant		0,32		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		15,86	32,41
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		15,86		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		15,86		
	- ambulant		–		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer		1 Jahr		0,83	619,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,83		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,83		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ02	Diplom
	Sozialpädagogik
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ06	Master
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP08	Kinästhetik

B-19.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen			8,84	58,14
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,84		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,58		
	- ambulant	3,26		
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten			2,18	235,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,18		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,61		
	- ambulant	0,57		
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten			5,07	101,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,07		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,36		
	- ambulant	1,71		
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten			1,75	293,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,75		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,16		
	- ambulant	0,59		
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten			2,08	247,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	–		
	- indirekt	2,08		
Versorgungsbereich	- stationär	2,08		
	- ambulant	–		
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen			5,17	99,42
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,17		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,67		
	- ambulant	1,50		

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

B-20 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Christian Albus

B-20.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie**
Hausadresse	Weyertal 76 50931 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Psychosomatik/Psychotherapie (3100) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Prof. Dr. med. Christian Albus**
Telefon	0221 / 478 – 39556
Telefax	0221 / 478 – 39563
E-Mail	**christian.albus@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die klinischen Aufgaben der Abteilung liegen in der Diagnostik und Therapie von psychischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen (v. a. funktionelle und somatoforme Störungen, psychogene Essstörungen und psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen).

Im Rahmen der ambulanten Versorgung übernehmen wir v. a. diagnostische Aufgaben als Vermittler zwischen dem primärärztlichen und dem psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem.

Unser stationäres Angebot besteht in multimodaler Intensivpsychotherapie für Patientinnen und Patienten, bei denen eine ambulante Therapie nicht ausreichend ist (z. B. besonders schwere Störungen oder Krisen im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie). Enthaltene Elemente sind Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieutherapie, körperbezogene Verfahren, Kunst- und Musiktherapie, ggf. ergänzt um symptomadaptierte Medikation.

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

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

B-20.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-20.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP00	Adipositastherapie
	Interdisziplinäres Adipositaszentrum, gemeinsam mit der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
	Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie Kein Angebot bei akuter Suizidalität!
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
	Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
	Diagnostik und Therapie psychogener Essstörungen, v. a. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Rauschessen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
	Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie
VP00	Psychodiabetologie
	Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP00	Psychokardiologie
	Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP14	Psychoonkologie
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung
VP12	Spezialsprechstunde

B-20.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-20.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	87
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	18

Bei den vergleichsweise langen Behandlungszeiten der stationären psychosomatischen Komplexbehandlung (OPS 9-63) von durchschnittlich sechs bis acht Wochen ergibt sich trotz der scheinbar niedrigen Fallzahl eine Auslastung von über 95 %.

B-20.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	24
2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	22
3	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	17
4	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	8
5	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	7
6	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
7	F41	Sonstige Angststörung	< 4
8	F42	Zwangsstörung	< 4
9	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	< 4

B-20.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	1.835
2	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	787
3	9-410	Bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, bei der ein Patient einzeln behandelt wird – Einzeltherapie	759
4	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	231
5	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	216
6	1-900	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	20
7	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	5
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	4
9	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	< 4
10	9-402	Psychotherapeutisches Verfahren, in dessen Zentrum die Wechselwirkung von Körper und Psyche steht – Psychosomatische Therapie	< 4

In Ergänzung zu den oben aufgelisteten Prozeduren haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik bei ca. 800 stationären Patientinnen und Patienten anderer Abteilungen (z. B. Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie) Konsile durchgeführt.

Ein Konsil umfasst eine (oder mehrere) mindestens 50 minütige psychosomatisch-psychotherapeutische Untersuchung und Behandlung mit anschließender schriftlicher Rückmeldung des Befundes und der Therapieempfehlung an die Zuweiserin oder den Zuweiser.

Die wichtigsten Anlässe für Konsile waren Symptome psychischer Belastung (v. a. Depressivität und Angst) bei körperlichen Erkrankungen (sog. Anpassungsstörungen) sowie körperbezogene Beschwerden ohne ausreichend erklärenden organischen Befund (sog. somatoforme oder dissoziative Störungen).

B-20.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Insgesamt wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik ca. 1.500 Patientinnen und Patienten ambulant betreut. Davon wurden etwa 800 von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an uns verwiesen, etwa 200 kamen aus anderen Polikliniken der Universitätsklinik. Bei jeder Patientin oder jedem Patienten wurde ein (oder mehrere) mindestens 50-minütiges diagnostisch-beratendes Gespräch durchgeführt.

Die Anlässe umfassten alle Diagnosen des Fachgebietes, insbesondere Anpassungsstörungen bei belastenden Lebensereignissen und Krankheiten,

depressive und/oder ängstliche Störungen, psychogene Essstörungen und körperliche Symptome ohne hinreichend erklärenden organischen Befund.

Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder akuter Suizidalität werden von uns nicht behandelt, sondern sind der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zuzuweisen.

Die Anmeldung der Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel telefonisch durch die Ärztin/den Arzt oder der Patientin/den Patienten selbst. Der Untersuchungstermin wird der Patientin oder dem Patienten schriftlich mitgeteilt und ist von unserer Seite für den Zeitpunkt garantiert. Wartezeiten fallen nicht an. Das diagnostische Gespräch mündet in eine Therapieberatung ein.

Falls keine Weiterbehandlung (ambulant oder stationär) in der eigenen Klinik möglich oder sinnvoll ist, erfolgt eine Weitervermittlung in das externe psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgungssystem.

Ambulanz und Poliklinik

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	Psychodiabetologie
VP00	Psychokardiologie
VP14	Psychoonkologie

Privatambulanz

Privatambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	Psychodiabetologie
VP00	Psychokardiologie
VP14	Psychoonkologie

B-20.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-20.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-20.11 Personelle Ausstattung

B-20.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			6,43	13,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,43		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,25		
	- ambulant	4,18		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,44	19,59
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,44		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,56		
	- ambulant	2,88		

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

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ23	Innere Medizin
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –
ZF42	Spezielle Schmerztherapie

Der Klinikleiter verfügt über die Weiterbildungsermächtigung Psychosomatische Medizin für vier Jahre.

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

B-20.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		9,90	8,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		9,90		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		9,90		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,43	60,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,43		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,43		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Psychologie
PQ02	Diplom
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten

B-20.11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Ausbildung/Beruf		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen			0,26	334,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,26		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,26		
	- ambulant	–		
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten			1,00	87,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,66		
	- ambulant	0,34		
Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)			0,57	152,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,57		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,57		
	- ambulant	–		
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten			1,10	79,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,10		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,50		
	- ambulant	0,60		
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten im Sinne der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)				
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten			0,13	669,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	–		
	- indirekt	0,13		
Versorgungsbereich	- stationär	0,13		
	- ambulant	–		

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

B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Drzezga

B-21.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**nuklearmedizin.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Nuklearmedizin (3200) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Alexander Drzezga**
Telefon	0221 / 478 – 7575
Telefax	0221 / 478 – 7584
E-Mail	**alexander.drzezga@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin bietet das gesamte Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik und der nuklearmedizinischen Therapie (außer Radiosynoviorthese) an.

Mit dem mCT 128 steht Spitzentechnologie in der PET/CT-Hybridbildgebung zur Verfügung. Die Wächterlymphknoten(Sentinel Lymph Node)-Szintigraphie wird bei mehr als 500 Patientinnen/Patienten mit Mammakarzinom, Melanom oder Prostatakarzinom eingesetzt. Schwerpunkte der Therapie sind die Radioiodtherapie gutartiger Schilddrüsenerkrankungen (Schilddrüsenüberfunktion, Morbus Basedow, Autonomie, Struma), die Radioiodtherapie des differenzierten Schilddrüsenkarzinoms, die Radioimmuntherapie des rezidivierten Lymphdrüsenkrebses, die I-131 MIBG-Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom, die Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren, die Lu-177 PSMA Therapie beim Prostatakarzinom, die SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) sowie die nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (vorwiegend Prostatakarzinom).

Es wird eine nuklearmedizinische Prostatasprechstunde angeboten (Indikationssprechstunde PSMA PET/CT, Ra-223, Lu-177 PSMA-Therapie).

Diagnostik

- Schilddrüsenambulanz
- Wächterlymphknoten (Sentinel Lymph Node)-Szintigraphie
- Ganzkörper-PET/CT bei bösartigen Erkrankungen
- Ganzkörper-PET/CT bei neuroendokrinen Tumoren (Ga-68 DOTATATE)
- Ganzkörper-PET/CT beim Prostatakarzinom (C-11 Cholin, Ga-68 PSMA, F18 PSMA)
- Herzmuskel (Myokard)-Szintigraphie
- Hirn-Szintigraphie bei Bewegungsstörungen (Morbus Parkinson)
- Hirn-PET in der Abklärung einer Demenz (F-18FDG, Amyloid-Bildgebung mit C-11 PiB, F-18 Florbetaben, F-18 Florbetapir) und bei Hirntumoren (F-18 FET)

Therapie

- Radioiodtherapie des Schilddrüsenkarzinoms
- Radioiodtherapie bei Morbus Basedow, Autonomie, Struma
- Radioimmuntherapie beim rezidivierten Lymphdrüsenkrebs
- I-131 MIBG Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom
- Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren
- Lu-177 PSMA Therapie beim metastasierenden Prostatakarzinom
- SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) bei Lebermetastasen und Leberzellkarzinom
- Nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (inkl. Ra-223)
- Referenz-Nuklearmedizin (national, international)
- PET bei Lymphdrüsenkrebs (Hodgkin-Krankheit)
- Echotherapie (HIFU) von Schilddrüsenknoten

B-21.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-21.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR40	Spezialsprechstunde

Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR00	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren
	Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik (Gammakamera, SPECT, PET, Messsonden, Ganzkörperzähler)
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
	Integriertes PET/CT (Biograph mCT Flow 128 Edge, Siemens, Baujahr 2014)
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie

Nuklearmedizinische Therapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR00	Nuklearmedizinische Therapie
	Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Therapie (Radioiodtherapie, I-131-MIGB-Therapie, Radioimmuntherapie, Lu-177 DOTATATE, Lu-177 PSMA, SIRT, nuklearmedizinische Schmerztherapie von Knochenmetastasen)
VR39	Radiojodtherapie
	TSH-Stimulation beim Schilddrüsenkarzinom mit rekombinantem humanem TSH
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden
	Lu-177 DOTATATE Therapie b. neuroendokr. Tumoren, Lu-177 PSMA Therapie b. Prostatakarzinom, I-131 MIBG Therapie b. Neuroblastom u. Phäochromozytom, Y-90 Ibritunomab Tiuxetan b. follikul. NHL, Sm-153 Phophonat bzw. Ra-223 b. Knochenmetastasen, Y-90 Mikrosphären b. Lebermetastasen u. Leberzellkarzinom

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

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

B-21.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-21.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	913
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14

B-21.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C73	Schilddrüsenkrebs	361
2	E05	Schilddrüsenüberfunktion	332
3	C61	Prostatakrebs	91
4	C17	Dünndarmkrebs	32
5	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	27
6	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	21
7	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungs-organen	13
8	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	13
9	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	9
10	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	6
11	C16	Magenkrebs	< 4
12	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
13	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	< 4
14	C74	Nebennierenkrebs	< 4
15	D42	Tumor der Hirnhäute bzw. Rückenmarkshäute ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
16	K74	Vermehrte Bildung von Bindegewebe in der Leber (Leberfibrose) bzw. Schrumpfleber (Leberzirrhose)	< 4

B-21.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	546
2	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radio-aktiver Strahlung (Szintigraphie)	343
3	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	229

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	8-530	Behandlung mit radioaktiven Substanzen, die vom Körper aufgenommen werden	182
5	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	88
6	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	80
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	65
8	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	49
9	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	47
10	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	47
11	3-73x	Bildgebende Verfahren sonstiger Organe mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT/CT)	25
12	3-708	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Blutgefäße mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	22
13	3-70b	Untersuchung der Stoffaufnahme und der Stoffabgabe von Zellen und Organen mithilfe radioaktiver Stoffe	18
14	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	13
15	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	10
16	3-721	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	8
17	3-731	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Herzens mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT/CT)	8
18	3-702	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	6
19	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	< 4
20	3-703	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	< 4
21	3-75x	Darstellung der Stoffwechselvorgänge sonstiger Organe mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	< 4

B-21.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

MVZ IV Nuklearmedizin

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik, sowie der nuklearmedizinischen Therapie, soweit ambulante Umgangsgenehmigung vorhanden

Nr.	Angebotene Leistung
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie

Nr.	Angebotene Leistung
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

Poliklinik für Nuklearmedizin

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Poliklinik für Nuklearmedizin

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

Nr.	Angebotene Leistung
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden

Poliklinik für Nuklearmedizin

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

Poliklinik für Nuklearmedizin

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

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

Nr.	Angebotene Leistung
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner

Privatambulanz Nuklearmedizin

Privatambulanz

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

B-21.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-21.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-21.11 Personelle Ausstattung

B-21.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			9,58	95,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,96		
	- ambulant	3,62		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,98	183,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,98		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,10		
	- ambulant	1,88		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ44	Nuklearmedizin
	Referenzbeurteilung der PET/CT beim Hodgkin Lymphom für die Therapie-Optimierungsstudien der German Hodgkin Study Group (GHSG)
AQ54	Radiologie
	Untersuchungen am integrierten PET/CT
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

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

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

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

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

B-21.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		5,14	177,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,10		
	- indirekt		0,04		
Versorgungsbereich	- stationär		5,14		
	- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		1,00	913,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		1,23	742,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,23		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,23		
	- ambulant		–		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ12	Notfallpflege
PQ20	Praxisanleitung

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

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

B-22.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**strahlentherapie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Strahlenheilkunde (3300) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektorin (bis 30.09.2022)	**Univ.-Prof. Dr. med. Simone Marnitz-Schulze**
Telefon	0221 / 478 – 84763
Telefax	0221 / 478 – 6158
E-Mail	**simone.marnitz-schulze@uk-koeln.de**
Komm. Leitung (seit 01.10.2022)	**Priv.-Doz. Dr. med. Christian Baues**
Telefon	0221 / 478 – 84763
Telefax	0221 / 478 – 6158
E-Mail	**christian.baues@uk-koeln.de**

Kurzportrait

- Ambulante und stationäre Bestrahlung
- Perkutane Strahlenbehandlung am Linearbeschleuniger
- Radiochemotherapie
- Brachytherapie
- Hirntumoren (Radiochirurgie und stereotaktische Bestrahlung am Cyberknife)
- Körperstereotaxie am Cyberknife
- Lymphome (Referenz-Strahlentherapie)
- Oesophagus-Karzinom (präoperative Radiochemotherapie)
- Prostatakarzinom (Seed-Implantation, Afterloading)
- Bronchial-Karzinom (kombinierte Radiochemotherapie)
- Mamma-Karzinom (Bestrahlung nach brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
- Gynäkologische Tumoren (kombinierte Tele-Brachytherapie)
- Ganzkörperbestrahlung bei Leukämie
- Kindliche Tumoren
- Kopf-Hals-Tumoren (kombinierte Radiochemotherapie und Radio-Immuntherapie)
- Einbindung in das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), das Brustzentrum, das Genitalkrebszentrum, das Hauttumorzentrum und in das Darmzentrum

2.700 Neupatienten/Jahr

B-22.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-22.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Computertomographie (CT)

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)

Strahlentherapie

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

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

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

B-22.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-22.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	914
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	20

B-22.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C53	Gebärmutterhalskrebs	296
2	C15	Speiseröhrenkrebs	62
3	C16	Magenkrebs	54
4	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	51
5	C01	Krebs des Zungengrundes	49
6	C71	Gehirnkrebs	36
7	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	36
8	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	28
9	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	24
10	C32	Kehlkopfkrebs	21
11	C03	Zahnfleischkrebs	19

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
12	C04	Mundbodenkrebs	19
13	C67	Harnblasenkrebs	17
14	C51	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	14
15	C09	Krebs der Gaumenmandel	13
16	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	11
17	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	11
18	C44	Sonstiger Hautkrebs	11
19	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungs-organen	11
20	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	11
21	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	10
22	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	10
23	C54	Gebärmutterkrebs	10
24	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	8
25	C52	Scheidenkrebs	8
26	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	7
27	C47	Krebs der Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark bzw. des unwillkürlichen Nervensystems	7
28	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebs-krankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	6
29	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	6
30	C02	Sonstiger Zungenkrebs	4

B-22.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebskrankheit – Hochvoltstrahlentherapie	7.966
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	614
3	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	285
4	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körper-oberfläche	189
5	8-523*	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Telekobaltgeräten und Linearbeschleunigern	144
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	100
7	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	68
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	39
9	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	32

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
10	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	26
11	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	19
12	1-931	Molekularbiologisch-mikrobiologische Diagnostik	16
13	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	13
14	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	11
15	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	7
16	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	6
17	8-100	Fremdkörperentfernung durch Spiegelung	6
18	8-121	Darmspülung	6
19	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	5
20	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	4
21	1-995	(Gezielte) Analyse genetischer Veränderungen in soliden bösartigen Neubildungen	< 4
22	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	< 4
23	6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	< 4
24	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	< 4
25	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	< 4
26	6-00c	Applikation von Medikamenten, Liste 12	< 4
27	8-151	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in Gehirn, Rückenmark oder im Bereich des Auges mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
28	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4
29	8-500	Behandlung einer Nasenblutung durch Einbringen von Verbandsstoffen (Tamponade)	< 4
30	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	< 4

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

B-22.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz

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

Ambulante Strahlenbehandlung bei Mamma-Karzinom, Prostata-Karzinom u. anderen soliden Tumoren, multimodale ambulante u. stationäre Therapie v. Hirntumoren, Kopf-Hals-Tumoren, gastrointestinalen Tumoren, urolog. u. gynäkolog.Tumoren, Bronchialkarzinomen, kindlichen Tumorerkrankungen u. Lymphomen

Nr.	Angebotene Leistung
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR32	Hochvoltstrahlentherapie
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR30	Oberflächenstrahlentherapie

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 1 Nr. 2	Brachytherapie

Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Interdisziplinäre Nachsorgesprechstunde mit ca. 3.500 Patienten/Jahr

B-22.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-22.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-22.11 Personelle Ausstattung

B-22.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			17,73	51,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,73		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,23		
	- ambulant	12,50		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			8,37	109,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,37		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,47		
	- ambulant	5,90		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
AQ58	Strahlentherapie
	6 Fachärztinnen/-ärzte für Strahlentherapie

B-22.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		12,70	71,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		12,70		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		12,70		
	- ambulant		–		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		1,55	589,68
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,55		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,53		
	- ambulant		0,02		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Bachelor Pflegemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement

B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

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

B-23.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**dermatologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Dermatologie (3400) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Esther von Stebut-Borschitz**
Telefon	0221 / 478 – 82245
Telefax	0221 / 478 – 4538
E-Mail	**dermatologie-chefsekretariat@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie ist ein integrativer Bestandteil der Universitätsklinik Köln und gewährleistet als einzige dermatologische Klinik in Köln mit dem Auftrag der Maximalversorgung die regionale und überregionale Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, Allergien, sowie phlebologischen Erkrankungen und Wundheilungsstörungen.

Wir sind einer patientenorientierten, kooperativen Krankenversorgung auf internationalem Niveau verpflichtet, die sich auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Disziplinen sowie die Ergebnisse unserer wissenschaftlichen Forschung stützt.

Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt unseres Handelns.

Allgemeines Ziel unserer Arbeit ist eine kontinuierliche Verbesserung der Krankenversorgung und unserer wissenschaftlichen Leistungen, um nachhaltig eine optimale Behandlung aller Patientinnen/Patienten sicherzustellen.

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie verfügt über eine eigene Poliklinik mit unterschiedlichen Spezialambulanzen und Sprechstunden, eine Tagesklinik, sowie drei Stationen mit insgesamt 60 Betten.

Die Ambulanzen werden jährlich von ca. 18.000 Patientinnen und Patienten konsultiert. Wenn eine weitere Behandlung notwendig ist, werden diese von der Poliklinik aus auf die unterschiedlichen Stationen, an die Tagesklinik oder die Spezialsprechstunden weitervermittelt.

Die Tagesklinik führt eine teilstationäre Behandlung für Patientinnen und Patienten durch, die nicht der ständigen stationären und ärztlichen Überwachung bedürfen, für die aber eine rein ambulante Behandlung nicht ausreichend wäre.

In unseren Laboratorien arbeiten über 40 wissenschaftliche und forschende Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter sowie Doktorandinnen/Doktoranden. Neben klinischen Laborleistungen, wie z. B. histologische, mikrobielle und immunologische Untersuchungen, werden wissenschaftliche Untersuchungen zum Verständnis und zur Therapie von Hautkrankheiten durchgeführt.

B-23.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-23.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD14	Andrologie
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD15	Dermatohistologie
VD16	Dermatologische Lichttherapie
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD00	Diagnostik und Therapie von Bindegewebserkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen
VD00	Diagnostik und Therapie von Geschlechtskrankheiten
	einschließlich HIV/AIDS
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
	Dermatologische Tumorchirurgie (u. a. Malignes Melanom)
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VD11	Spezialsprechstunde
VD20	Wundheilungsstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Ohr

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

Onkologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Optische Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR14	Optische laserbasierte Verfahren

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Native Sonographie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane

B-23.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-23.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.932
Teilstationäre Fallzahl	765
Anzahl Betten	57

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

Es besteht die Möglichkeit zur tagesklinischen Versorgung.

B-23.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C44	Sonstiger Hautkrebs	341
2	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	259
3	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	126
4	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen – Systemische Sklerose	125
5	B02	Gürtelrose – Herpes zoster	125
6	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	95
7	B86	Krätze – Skabies	61
8	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe – Pemphigoidkrankheit	59
9	L40	Schuppenflechte – Psoriasis	58
10	A46	Wundrose – Erysipel	56
11	L30	Sonstige Hautentzündung	43
12	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	29
13	L88	Geschwürbildung und Absterben der Haut	27
14	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	21
15	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	20
16	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe – Pemphiguskrankheit	20
17	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	20
18	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	19
19	M35	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift	19

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	18
21	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungs-organen	16
22	I83	Krampfadern der Beine	16
23	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	16
24	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augen-muskeln	15
25	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	15
26	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht – Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	15
27	L08	Sonstige örtlich begrenzte Entzündung der Haut bzw. Unterhaut	15
28	M33	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Muskulatur und Haut angreift – Dermatomyositis-Polymyositis	15
29	I87	Sonstige Venenkrankheit	13
30	D03	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs – Melanoma in situ	12

B-23.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	1.012
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	449
3	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	346
4	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	295
5	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Licht-therapie	290
6	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	271
7	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	225
8	8-971	Fachübergreifende Behandlung einer Hautkrankheit	192
9	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	180
10	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	144
11	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	111
12	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	102
13	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	99
14	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hypo-sensibilisierung	90
15	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	63
16	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	49

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	44
18	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	39
19	5-983	Erneute Operation	22
20	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	20
21	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multi-resistenten Krankheitserregern	20
22	5-914	Anwendung von chemischen Stoffen zur Hautentfernung	19
23	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	17
24	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	17
25	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	16
26	6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	16
27	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	12
28	1-415	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gesichtshaut ohne operativen Einschnitt	11
29	1-491	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen mit einer Nadel	11
30	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	11

B-23.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allergieambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Autoinflammatorische Erkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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

Bullöse Dermatosen und Autoimmunerkrankungen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Dermatologische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Genodermatosen

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Infektiologische Sprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Laserambulanz

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

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

Mastozytosesprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie kutaner und systemischer Mastozytosen

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

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VD11	Spezialsprechstunde

Phlebologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie der chronisch venösen Insuffizienz

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

Privatambulanz

Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VD13	Ästhetische Dermatologie
VD12	Dermatochirurgie
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen

Proktologie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie analer Erkrankungen

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

Psoriasissprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten

STD-Ambulanz/Spezialambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)

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

Tumorambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

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

Wundheilungsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik und Therapie chronischer Wunden

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

B-23.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4
2	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
3	5-898	Operation am Nagel	< 4
4	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4

B-23.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-23.11 Personelle Ausstattung

B-23.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			20,55	94,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	20,55		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,51		
	- ambulant	9,04		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			10,13	190,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,13		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,67		
	- ambulant	4,46		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ07	Gefäßchirurgie
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF34	Proktologie

B-23.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		52,89	36,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		52,89		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		49,09		
	- ambulant		3,80		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		0,08	24.150,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,08		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,07		
	- ambulant		0,01		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		2,21	874,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,21		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		2,17		
	- ambulant		0,04		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement

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

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller

B-24.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**zahnklinik.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie (3500) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller**
Telefon	0221 / 478 – 96551
Telefax	0221 / 478 – 5774
E-Mail	**Patricia.Schweiger1@uk-koeln.de** (Sekretariat)

Kurzportrait

Die Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie und Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie gliedert sich in eine Bettenstation, die Ambulanz für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, die Privatambulanz und die oralchirurgische Ambulanz. Operationen finden in unserem OP, dem Eingriffsraum oder in den zahnärztlich-chirurgischen Behandlungseinheiten statt.

Die Station befindet sich im Bettenhaus der Uniklinik in der Kerpener Strasse 62 auf der Ebene 13/2. Die Räume der mund-, kiefer-, und gesichtschirurgischen Ambulanz und der Privatambulanz finden sich auf der Ebene 01D.

Unsere Klinik und Poliklinik leistet das gesamte mund-kiefer-gesichtschirurgische, oralchirurgische und implantologische Behandlungsspektrum. Wir sind ein Kompetenzzentrum für oro- und kraniofaziale Fehlbildungen.

Des Weiteren gehören rekonstruktiv-plastische Eingriffe im Kopf- und Halsbereich zu unseren operativen Tätigkeiten.

Zusammenfassend gliedert sich das Behandlungsspektrum in folgende Teilbereiche und Schwerpunkte.

Traumatologie im Gesichtsbereich

Im Speziellen verfügen wir über Digitale Volumentomographen zur optimalen Diagnostik. Des Weiteren finden bei sehr komplexen Verletzungen navigationsgestützte bzw. computer-assistierte Verfahren Anwendung.

Tumorchirurgie/Rekonstruktive Chirurgie

Hier findet eine sehr enge Kooperation mit den Kollegen der Klinik für Strahlentherapie statt. Zum chirurgischen Behandlungsspektum zählen moderne computerassistierte Verfahren sowie sämtliche mikrovaskuläre/mikrochirurgische Rekonstruktionstechniken.

Kraniofaziale Chirurgie/angeborene Fehlbildungen

Dieser Bereich zählt zu den wesentlichen Bestandteilen unserer Klinik, die Sprechstunde wird durch Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller geleitet. Es besteht eine enge Kooperation mit der Neurochirurgie. Pro Jahr werden über 60 kraniofaziale Eingriffe durch den ärztlichen Direktor, Prof. Zöller, durchgeführt.

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Dysgnathiebehandlung

Die Sprechstunde findet gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Kieferorthopädie statt. Des Weiteren bieten wir den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im kieferorthopädischen Arbeitskreis die Möglichkeit die Fälle regelmäßig mit uns zu diskutieren. Besonderes Kennzeichen unserer Klinik ist die Anwendung von computer-assistierten Verfahren, der dreidimensionalen Darstellung und von uns entwickelten dreidimensionalen chirurgischen Operationssplinten.

Plastische Gesichtschirurgie

Unsere Operateure besitzen eine jahrelange Erfahrung im Bereich der ästhetischen Chirurgie. Gesichtsstraffungen, Nasenchirurgie und Lidkorrekturen gehören zum Behandlungsspektrum der Klinik. Die MKG-Oberärztinnen/-ärzte und der ärztliche Direktor besitzen die Zusatzbezeichnung „Ästhetische und plastische Operationen“.

Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Die Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie zeichnet sich durch strukturierte Fortbildungsveranstaltungen, ärztliche Weiterbildungen und Forschung aus. Ein wesentlicher Bestandteil ist die klinische Erprobung des Digitalen Volumentomographen und die gezielte Anwendung im Bereich der dentoalveolären Diagnostik und Implantologie. Klinisch bieten wir unseren Patienten ein Gesamtkonzept im Hinblick auf die Schaffung eines suffizienten Knochenangebotes/-lagers durch Distraktion oder Beckenkammtransplantation für die anschließende dentale Implantation an.

Diagnostik

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

B-24.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-24.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA15	Plastische Chirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen

Neurochirurgie

VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres

Onkologie

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

Rekonstruktive Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Native Sonographie

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde
VZ03	Dentale Implantologie
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
VZ11	Endodontie
VZ12	Epithetik
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Angeborene Fehlbildungen
VX00	Ästhetische Chirurgie
	Nasenchirurgie, Face-Lift
VX00	Computer-assistierte Chirurgie
VX00	Dentoalveoläre Chirurgie
VX00	Implantologie
VX00	Kraniofaziale Chirurgie
VX00	Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
VX00	Orthognathe Chirurgie
	Korrektur von Fehlstellungen der Kiefer
VX00	Präimplantologischer Knochenaufbau
	Vertikale Alveolarkammdistraktion, Beckenkammtransplantation
VX00	Rekonstruktive Chirurgie
	Mikrovaskuläre Chirurgie, Freie Gewebslappen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Röntgendiagnostik
	Sonographie, DVT, OPG, Zahnfilm
VX00	Traumatologie im Gesichtsbereich
VX00	Tumorchirurgie im Kopf-Gesichts-Halsbereich

B-24.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-24.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.350
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	30

B-24.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	294
2	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	117
3	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	108
4	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	92
5	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	84
6	C44	Sonstiger Hautkrebs	79
7	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	36
8	C04	Mundbodenkrebs	35
9	C03	Zahnfleischkrebs	33
10	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	30
11	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	30
12	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	28
13	C02	Sonstiger Zungenkrebs	27
14	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	17
15	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	17
16	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	14
17	C05	Gaumenkrebs	12
18	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	9
19	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	8
20	L90	Hautkrankheit mit Gewebsschwund	8

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	S01	Offene Wunde des Kopfes	8
22	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	7
23	I70	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose	7
24	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	7
25	C00	Lippenkrebs	6
26	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	6
27	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	6
28	S06	Verletzung des Schädelinneren	6
29	C09	Krebs der Gaumenmandel	5
30	C01	Krebs des Zungengrundes	5

Oben genannte Tabelle fasst die Hauptdiagnosen der Patientinnen und Patienten zusammen, die stationär in unserer Klinik für Mund-Kiefer und Gesichtschirurgie behandelt werden. Die Einteilung, bzw. Aufgliederung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den/die Leser/in und Kliniker/innen leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

Entsprechend können wir bei den rein stationären Patientinnen und Patienten folgende Hauptdiagnosen zusammenfassen:

1. Frakturen im Kiefer-Gesichtsbereich
2. Abszesse im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3. Tumore in der Mund-Kiefer-Gesichtsregion
4. Atrophie im Bereich der Kiefer (präprothetische Chirurgie)
5. Skelettale Dysgnathie (orthognathe Chirurgie)
6. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
7. Kraniofaziale Fehlbildungen
8. Ästhetische Fehlbildungen im Bereich des Gesichtes

B-24.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	386
2	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	362
3	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	335
4	5-230	Zahnentfernung	272
5	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	254
6	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	236
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	228

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	225
9	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	198
10	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	194
11	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	172
12	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	168
13	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	151
14	5-858	Entnahme bzw. Verpflanzung von Muskeln, Sehnen oder ihren Hüllen mit operativer Vereinigung kleinster Gefäße	143
15	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	138
16	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	135
17	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	129
18	5-764	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des vorderen Unterkiefers	128
19	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	127
20	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	117
21	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	111
22	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	110
23	5-857	Wiederherstellende Operation durch Verschiebung körpereigener Haut- oder Fettlappen, die an Muskeln bzw. deren Bindegewebshüllen befestigt sind	92
24	5-869	Sonstige Operation an Knochen, Muskeln bzw. Gelenken	92
25	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	91
26	8-190	Spezielle Verbandstechnik	84
27	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	83
28	5-160	Operative Eröffnung der Augenhöhle	82
29	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten – Neck dissection	82
30	5-907	Erneute Operation einer Hautverpflanzung	82

Oben genannte Tabelle fasst die therapeutischen Eingriffe zusammen. Die Abteilung deckt das komplette Feld der Mund-Kiefer und Gesichtschirurgie, zahnärztlichen Chirurgie, Implantologie, kraniofazialen und plastischen Gesichtschirurgie ab. Des Weiteren versorgen wir das Krankenhaus in Merheim konsiliarisch mit. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den/die Leser/in und Kliniker/innen leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

Entsprechend wurden bei den rein stationären Patientinnen und Patienten in absteigender Reihenfolge die aufgeführten Eingriffe am häufigsten durchgeführt:

1. Versorgung von Frakturen im Kiefer-Gesichtsbereich
2. Behandlung von Abszessen im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich
3. Tumorexzision und Rekonstruktion von Tumoren in der Mund-Kiefer-Gesichtsregion
4. Präprothetische Chirurgie, Rekonstruktion von atrophierten Kiefern mittels Beckenknochen
5. Mono- und bimaxilläre Umstellungsosteotomien, incl. Genioplastiken
6. Verschluss bzw. Rekonstruktion von Lippen-Kiefer-Gaumenspalten
7. Korrigierende Eingriffe bei kraniofazialen Fehlbildungen
8. Korrektur von ästhetischen Fehlbildungen im Bereich des Gesichtes

B-24.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine Ambulanz und Poliklinik für Mund-Kiefer und Plastische Gesichtschirurgie und interdisziplinäre Poliklinik für orale Chirurgie und Implantologie

Privatambulanz
Notfallambulanz (24h)
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz für Implantologie und Implantatplanung

Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz für Orthognathe Chirurgie, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz für Tumornachsorge im Kopf-/Halsbereich

Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

Ambulanz und Sprechstunde für Kraniofaziale Chirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Privatambulanz
Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V

B-24.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-231	Operative Zahnentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	198
2	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	98
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	75
4	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	66
5	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	41
6	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	29
7	5-276	Operative Korrektur einer (angeborenen) Lippenspalte bzw. Lippen-Kieferspalte	16
8	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	15
9	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	12
10	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	11
11	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	10
12	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	7
13	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	6
14	5-237	Zahnwurzelspitzenentfernung bzw. Zahnwurzelkanalbehandlung	5
15	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	4
16	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
17	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
18	5-221	Operation an der Kieferhöhle	< 4
19	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	< 4
20	5-235	Wiedereinsetzen, Verpflanzung, Einpflanzung bzw. Stabilisierung eines Zahnes	< 4
21	5-240	Operativer Einschnitt in das Zahnfleisch bzw. operative Eröffnung des Kieferkammes	< 4
22	5-245	Zahnfreilegung	< 4
23	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
24	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	< 4
25	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	< 4
26	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	< 4
27	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
28	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
29	5-905	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 4

Oben genannte Tabelle fasst die therapeutischen Eingriffe im Rahmen von ambulanten Operationen zusammen. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den/die Leser/in und Kliniker/innen leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.

In unserer Abteilung werden pro Jahr ca. 1.300 stationär ambulante Operationen, sowie 2.000 operative Eingriffe in Lokalanästhesie ohne stationäre Verweildauer durchgeführt. Entsprechend wurden in absteigender Reihenfolge die aufgeführten Eingriffe am häufigsten durchgeführt:

1. Osteotomie von retinierten Weisheitszähnen
2. Zahnsanierungen
3. Metallentfernungen nach Umstellungsosteotomien bzw. Traumatologie
4. Präprothetische Chirurgie, Rekonstruktion von atrophierten Kiefern mittels Beckenknochen
5. Traumatologie
6. Ästhetische Chirurgie

B-24.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-24.11 Personelle Ausstattung

B-24.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			16,30	82,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,30		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,68		
	- ambulant	3,62		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			7,91	170,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,91		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,15		
	- ambulant	1,76		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ65	Kieferorthopädie
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen
AQ66	Oralchirurgie

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie
AQ64	Zahnmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF12	Handchirurgie
ZF33	Plastische Operationen

B-24.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		24,28	55,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		23,45		
	- indirekt		0,83		
Versorgungsbereich	- stationär		16,40		
	- ambulant		7,88		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann		3 Jahre		1,00	1.350,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,00		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,00		
	- ambulant		–		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten		3 Jahre		1,25	1.080,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		1,25		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,16		
	- ambulant		0,09		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		0,15	9.000,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,15		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,14		
	- ambulant		0,01		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Bachelor Pflegemanagement, Bachelor Pflegewissenschaften
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
PQ08	Pflege im Operationsdienst

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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

B-25 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

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

B-25.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**anaesthesie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung (3600) Hauptabteilung
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Bernd W. Böttiger**
Telefon	0221 / 478 – 82054
Telefax	0221 / 478 – 87811
E-Mail	**bernd.boettiger@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin betreuen jährlich mehr als 30.000 Patientinnen und Patienten während ihrer Behandlung in der Uniklinik Köln. Der Schwerpunkt der anästhesiologischen Tätigkeit liegt dabei in der optimalen perioperativen Betreuung. Patientinnen und Patienten werden in enger Kooperation mit den operativen und konservativen Kliniken sorgfältig auf die Operation bzw. Eingriff vorbereitet. Während der Operation kommen modernste Verfahren zur Durchführung und Überwachung der individuell angepassten Narkose zum Einsatz. Nach der Operation findet die Weiterbetreuung auf einer der Intensivstationen unserer Klinik, der Post-Anaesthesia Care Unit (PACU), im Aufwachraum und auch auf der Normalstation statt. Die Klinik betreut auch eine Vielzahl konservativer Prozeduren zahlreicher Kliniken an der Uniklinik Köln (z. B. interventionelle Kardiologie, interventionelle Radiodiagnostik) sowie diagnostische Prozeduren, die unter Narkose durchgeführt werden müssen (z. B. Kinderheilkunde).

Oberstes Ziel ist dabei eine rasche Erholung von der Operation und die Vorbeugung von Komplikationen. Dabei ist eine konsequente Schmerzbehandlung von zentraler Bedeutung. Bei der operativen und diagnostischen Versorgung von Unfall- und anderen Notfallpatientinnen/-patienten stehen alle Möglichkeiten auf dem Niveau eines universitären Supramaximalversorgers zur Verfügung.

Die Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin bietet alle gängigen Verfahren der Allgemeinanästhesie und Regionalanästhesie an (oftmals auch in Kombination).

Das Leistungsspektrum reicht dabei von kleinen Eingriffen im ambulanten Bereich bis zu hoch spezialisierten Operationen mit komplexen Überwachungsverfahren, wie z. B. in der Herz- und Neurochirurgie. Für Eingriffe mit starken Schmerzen werden spezielle Verfahren zur Schmerzlinderung eingesetzt, die durch einen Akutschmerzdienst durchgängig betreut werden. Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen werden vom Schmerzzentrum der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin sowohl im Klinikum, als auch ambulant mit einem überregionalen Einzugsgebiet betreut.

Das Engagement der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin in Lehre und Forschung gewährleistet diese Versorgung auf höchstem medizinischem und wissenschaftlichem Niveau und Ausbildungsstand.

B-25.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-25.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeine Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC67	Chirurgische Intensivmedizin
	Operative Intensivmedizin unter anästhesiologischer Leitung

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC71	Notfallmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI40	Schmerztherapie
	Schmerzzentrum

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Anästhesieleistungen bei operativen Eingriffen und diagnostischen Prozeduren
	Anästhesie bei OPs (Allgemein-, Herz-, Gefäß- u. Unfallchirurgie, Augenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie u. Geburtshilfe, HNO, Orthopädie, Urologie, Zahnheilkunde, MKG), u. bei diagnost. u. intervent. Eingriffen: Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Pädiatrie, Pneumologie, Radiologie u. a.

B-25.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-25.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	278
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	34

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

B-25.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen – ARDS	25
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	13
3	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	12
4	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	11
5	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	8
6	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	7
7	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	6
8	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	5

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	5
10	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	5
11	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	4
12	C15	Speiseröhrenkrebs	4
13	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	4
14	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	4
15	J96	Störung der Atmung mit ungenügender Aufnahme von Sauerstoff ins Blut	4
16	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	4
17	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	4
18	S35	Verletzung von Blutgefäßen in Höhe des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	4
19	S36	Verletzung von Bauchorganen	4
20	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	4
21	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
22	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	< 4
23	I70	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose	< 4
24	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	< 4
25	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	< 4
26	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	< 4
27	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	< 4
28	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	< 4
29	S31	Offene Wunde des Bauches, der Lenden bzw. des Beckens	< 4
30	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	< 4

B-25.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	3.716
2	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.414
3	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	1.359
4	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.350
5	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	1.303
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	1.023
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	724

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	630
9	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen – Elektrokrampftherapie	466
10	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	453
11	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	286
12	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	230
13	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	206
14	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	179
15	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	177
16	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	159
17	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	153
18	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	150
19	9-984	Pflegebedürftigkeit	133
20	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	129
21	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	127
22	8-901	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Atemwege	96
23	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	94
24	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	92
25	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	88
26	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	79
27	8-932	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Blutdrucks in der Lungenschlagader	65
28	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	65
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	59
30	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	58

B-25.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Anästhesiesprechstunde Frauenklinik

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

Anästhesiesprechstunde HNO- und Augenklinik

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

Anästhesiesprechstunde Orthopädie

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

Anästhesiesprechstunde zentrale OP-Bereiche

Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V

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

Privatambulanz

Privatambulanz

Schmerzzentrum

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Behandlung von akuten und chronischen Schmerzsyndromen

B-25.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-25.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-25.11 Personelle Ausstattung

B-25.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			147,71	1,88
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	147,71		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	138,17		
	- ambulant	9,54		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			83,22	3,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	83,22		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	77,84		
	- ambulant	5,38		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ41	Neurochirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

B-25.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		188,25	1,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		186,63		
	- indirekt		1,62		
Versorgungsbereich	- stationär		187,27		
	- ambulant		0,98		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre		5,15	53,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		5,15		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		5,14		
	- ambulant		0,01		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		2,10	132,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		2,10		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		1,97		
	- ambulant		0,13		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Bachelor of Nursing
PQ02	Diplom
	Diplom-Ingenieur Sicherheitstechnik
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement

B-26 Zentrum für Palliativmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz

B-26.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Palliativmedizin**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**palliativzentrum.uk-koeln.de** SAPV – Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung **www.uk-koeln.de/sapv**
§-301-Schlüssel	Palliativmedizin (3752) Besondere Einrichtung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Raymond Voltz**
Telefon	0221 / 478 – 3361
Telefax	0221 / 478 – 87579
E-Mail	**raymond.voltz@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Zentrum für Palliativmedizin im Dr. Mildred Scheel Haus bietet palliativmedizinische Behandlung, palliative Pflege, hospizliche Begleitung sowie psychosoziale Unterstützung für Patientinnen und Patienten mit unheilbaren, fortschreitenden Erkrankungen und ihre Angehörigen an. Eine optimale symptom- und bedürfnisorientierte Behandlung und Betreuung gewährleistet eine möglichst hohe Lebensqualität am Lebensende und ein würdevolles Sterben möglichst ohne Schmerzen und Leid.

Wir bieten spezialisierte stationäre Palliativversorgung auf der 15-Betten-Palliativstation im Dr. Mildred Scheel Haus, beratende Mitbetreuung durch unseren multiprofessionellen palliativmedizinischen Dienst für stationäre Patientinnen und Patienten der gesamten Uniklinik, die ambulante Palliativversorgung in den Ambulanzen durch das MVZ (Allgemeinmedizin/Palliativmedizin) und die Versorgung im häuslichen Umfeld durch spezialisierte ambulante Palliativversorgung (**SAPV**) im linksrheinischen Stadtgebiet Köln.

Darüber hinaus steht die Begleitung für Patientinnen und Patienten und Angehörige durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres professionell koordinierten Hospizdienstes zur Verfügung. Dazu gehört auch das Angebot einer bedarfsgerechten qualifizierten Trauerbegleitung für Angehörige nach dem Versterben des Patienten.

Die Palliativversorgung erfolgt im multiprofessionellen Team mit haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dazu gehören Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, qualifiziertes Pflegepersonal und weitere qualifizierte Berufsgruppen wie Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Seelsorgerinnen und Seelsorger, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Kunst- und Musiktherapeutinnen und Therapeuten sowie besonders geschulte ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Arbeit der Teams orientiert sich primär an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität bei schwerer unheilbarer Krankheit.

Mehr Informationen zu den Angeboten und Aktivitäten der Klinik finden Sie unter **palliativzentrum.uk-koeln.de**.

B-26.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-26.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI38	Palliativmedizin
VI40	Schmerztherapie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP14	Psychoonkologie

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Sektorenübergreifende spezialisierte Palliativversorgung

B-26.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-26.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	395
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	15

Weitere Fallzahlen 2021

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV):	679 Fälle
Palliativmedizinischer Konsildienst:	955 Fälle
MVZ insgesamt:	1.164 Fälle
Arzt-Patientenkontakte:	4.008
Hospizdienst: Anzahl durch Förderung nach §139a SGBV finanzierter ehrenamtlicher Sterbebegleitungen	59

B-26.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	R52	Schmerz	167
2	R06	Atemstörung	109
3	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	23
4	F05	Verwirrtheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseins-verändernde Substanzen bedingt	20
5	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	8
6	R53	Unwohlsein bzw. Ermüdung	8
7	R51	Kopfschmerz	7
8	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	6
9	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	4
10	R45	Beschwerden, die die Stimmung betreffen	4
11	C16	Magenkrebs	< 4
12	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	< 4
13	C23	Gallenblasenkrebs	< 4
14	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallen-wege	< 4
15	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
16	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	< 4
17	C50	Brustkrebs	< 4
18	C61	Prostatakrebs	< 4

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
19	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	< 4
20	C71	Gehirnkrebs	< 4
21	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
22	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknoten-krebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	< 4
23	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	< 4
24	F41	Sonstige Angststörung	< 4
25	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4
26	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	< 4
27	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	< 4
28	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4
29	R04	Blutung aus den Atemwegen	< 4
30	R63	Beschwerden, die die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme betreffen	< 4

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

B-26.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-774	Einheitliche Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	2.626
2	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	846
3	8-98e*	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	388
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	207
5	1-773	Fachübergreifendes systematisches Testverfahren und Basisuntersuchung im Rahmen einer Sterbebegleitung	< 4
6	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	< 4

* = 8-98e: Palliativmedizinische Leistungen auf der Palliativstation, der OPS-Code wird zum Beleg der damit verbundenen Struktur- und Mindestmerkmale erfasst, aber nicht zur Abrechnung verwendet, da die Palliativstation als „Besondere Einrichtung“ mit Tagessätzen und nicht nach den DRG-Regeln finanziert wird.

B-26.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Allgemeinmedizin/Palliativmedizin im Medizinischen Versorgungszentrum der Uniklinik Köln, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) gemäß §§ 37b und 132d SGB V

B-26.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-26.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-26.11 Personelle Ausstattung

B-26.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			11,09	35,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,09		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,16		
	- ambulant	4,93		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			9,17	43,08
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,17		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,09		
	- ambulant	4,08		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF28	Notfallmedizin
	2 Personen
ZF30	Palliativmedizin
	15 Personen
ZF35	Psychoanalyse
	1 Person

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

B-26.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung		Ausbildungs-dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre		34,82	11,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		34,82		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		34,32		
	- ambulant		0,50		
Medizinische Fachangestellte		3 Jahre		0,28	1.410,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt		0,28		
	- indirekt		–		
Versorgungsbereich	- stationär		0,26		
	- ambulant		0,02		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	B.C. Gesundheitsökonomie
PQ21	Casemanagement
PQ02	Diplom
	Übersetzerin
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
ZP01	Basale Stimulation
ZP03	Diabetes

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten

B-27 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz

B-27.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**radiologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Radiologie (3751) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz**
Telefon	0221 / 478 – 82035
Telefax	0221 / 478 – 82384
E-Mail	**david.maintz@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie ist für die bildgebende Diagnostik und radiologisch-interventionelle Versorgung aller stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten der Uniklinik Köln verantwortlich. Wegen der dezentralen Klinikstruktur finden sich Funktionsbereiche im EG und 1. UG des DTZ, in der Notfallaufnahme, der Neurologie, der Kinderklinik, der Orthopädie und der MR-Tomographie. In Kooperation mit dem RZK und dem MVZ Radiologie wird im Herzzentrum ein Dual-Source-CT betrieben.

Das Radiologische Institut bietet den pädiatrischen und erwachsenen Patientinnen und Patienten des Klinikums im ambulanten und stationären Versorgungsbereich eine optimale, modernen Qualitätsansprüchen genügende Diagnostik und bildgestützte Therapie praktisch aller Erkrankungen. Hervorzuheben sind die Mammadiagnostik (Röntgen-Mammographien, MR-Mammographien, Mamma-Sonographie, Röntgen-stereotaktische und MR-gesteuerte Biopsie-Entnahmen der Brust), die Herz- und Gefäßdiagnostik (CT-Koronarangiographie, MRT des Herzens, farbkodierte Duplex-Sonographie, CT-Angiographie und MR-Angiographie), die allgemeine- sowie die neuroradiologisch-interventionelle Behandlung von Gefäßerkrankungen mittels perkutaner transluminaler Gefäßrekanalisationen, Stentimplantationen, Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen sowie der endovaskulären Schlaganfallbehandlung, ferner die Diagnostik und minimal-invasive Therapie von Tumoren durch Chemoperfusion, Chemoembolisation, Radiofrequenzablationen und MR-gesteuerten Gewebeablationen mittels hochenergetischen fokussierten Ultraschallwellen (HIFU-Therapien). Hierzu stehen unter anderem eine digitale Flachdetektor-Mammographie-Anlage, ein Mammotom, ein Spektral-Detektor bzw. Dual-Source CT, zwei modernste CT-Anlagen mit 256-Detektorzeilen, eine CT-Anlage mit 64 Detektorkränzen, vier modernste 3,0 Tesla MR-Tomographien (inklusive Möglichkeit für HIFU-Anwendungen), drei 1,5 Tesla MR-Tomographen, sechs digitale Röntgenanlagen, ein DEXA-Gerät, eine Durchleuchtungsanlage, eine hauptsächlich für neuroradiologische Interventionen genutzte 2-Ebenen-Angiographie-Anlage und zwei für allgemeinradiologische Interventionen ausgelegte 1-Ebenen-Angiographie-Anlagen zur Verfügung. Die genannten Systeme sind mit allen gerätetechnischen Optionen für die diagnostische und interventionell-radiologische Krankenversorgung sowie für die Forschung auf höchstem universitären Niveau ausgestattet.

Die Abläufe werden durch die informationstechnologische Infrastruktur (modernes elektronisches Krankenhaus- und Radiologie-Informationssystem, neues elektronisches Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem für das Gesamtklinikum) und durch die stetige Optimierung und Weiterentwicklung von Standard Operation Procedures (SOPs) für häufige diagnostische und minimal-invasive interventionelle Maßnahmen bestimmt.

Die Forschungsschwerpunkte des Radiologischen Instituts liegen im kardiovaskulären, im onkologischen, im muskuloskelettalen und im neurowissenschaftlichen Bereich. Seit 2011 werden routinemäßig mechanische Thrombektomien beim ischämischen Schlaganfall und endovaskuläre Aneurysmabehandlungen durchgeführt.

Hierbei kommen innovative Verfahren wie endoluminale und intraaneurysmatische Flussteiler zur Anwendung. Seit vielen Jahren gehört die Computertomographie des Herzens zu einem der wissenschaftlichen Themenschwerpunkte des Radiologischen Institutes. Die kardiale MR-Tomographie ist klinisch inzwischen etabliert, wissenschaftlich werden neue Sequenztechniken evaluiert. Seit 2020 wurden die experimentelle und interventionelle Bildgebung, speziell die Forschung an neuen Applikationen von HIFU, insbesondere für die Tumortherapie, sowie Data Science, Machine

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

Seit 2012 werden mit der Berufung von Herrn Univ.-Prof. Dr. D. Maintz als Institutsdirektor neue Methoden der minimal-invasiven bildgesteuerten interventionellen Tumortherapie kontinuierlich u. a. in Kooperation mit der Klinik für Orthopädie (MRT-gesteuerte HIFU-Ablationen von ossären Tumoren), der Universitätsfrauenklinik (MRT-gesteuerte HIFU-Ablationen von Uterusmyomen), der Klinik für Nuklearmedizin (SIRT-Therapie) und der interventionellen angiographisch-gesteuerten Schlaganfalltherapie und der interventionellen Therapie von vaskulären Fehlbildungen eingeführt und wissenschaftlich untersucht.

Auf dem senologischen Sektor werden der diagnostische Stellenwert modernster röntgenmammographischer Aufnahme-Systeme und MR-mammographisch gesteuerter Mamma-Interventionen in interdisziplinärer Kooperation mit dem Allgemeinen und dem Familiären Brustzentrum sowie mit externen Partnern bearbeitet. Weitere Forschungsschwerpunkte betreffen den Einsatz des Spiral- und des Mehrzeilen-Detektor-Akquisitionsmodus bei Polytraumen, die Möglichkeit der Dosisreduktion bei kinderradiologischen Fragestellungen, aber auch bei Erwachsenen, die digitale Radiographie in unterschiedlichen Organbereichen, sowie die Untersuchung neuer Interventionstechniken zur lokalen minimalinvasiven Tumortherapie.

Zusammenfassend wird durch die Synergie einer modernen, alle derzeit möglichen Fragestellungen abdeckenden Gerätetechnologie, einer komplex strukturierten elektronischen Informationstechnologie, der stetigen Verbesserung der Untersuchungs- und Interventionstechniken basierend auf den Kriterien der Evidence Based Medicine und der wissenschaftlichen Studien und Forschungsarbeiten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Radiologischen Institutes eine medizinisch effektive, diagnostische und interventionell-radiologische Versorgung der Patientinnen und Patienten des Klinikums gewährleistet.

B-27.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-27.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR43	Neuroradiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR40	Spezialsprechstunde
VR44	Teleradiologie
VR47	Tumorembolisation

Andere bildgebende Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)

Computertomographie (CT)

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

Darstellung des Gefäßsystems

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

Magnetresonanztomographie (MRT)

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

Projektionsradiographie

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

Ultraschalluntersuchungen

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

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

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

B-27.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-27.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-27.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-27.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	5.145
2	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4.845
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	4.786
4	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	3.287
5	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.899
6	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	2.879
7	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	2.649
8	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	2.214
9	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	2.200
10	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	2.163
11	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	1.958
12	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.253
13	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	1.250
14	3-801	Kernspintomographie (MRT) des Halses ohne Kontrastmittel	1.173
15	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrast-mittel	743
16	3-841	Kernspintomographie (MRT) des Wirbelkanals mit Kontrastmittel	692
17	3-611	Röntgendarstellung der Venen in Hals und Brustkorb mit Kontrastmittel	680

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	656
19	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	555
20	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	513
21	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	494
22	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	465
23	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	454
24	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	451
25	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	446
26	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	409
27	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	402
28	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	401
29	3-203	Computertomographie (CT) der Wirbelsäule und des Rückenmarks ohne Kontrastmittel	345
30	3-137	Röntgendarstellung der Speiseröhre mit Kontrastmittel	330

Leistungsspektrum in Stichworten

- Röntgenmammographien
- MR-Mammographien
- Pädiatrische Schädelsonographien
- Ganz-Körper-MR-Tomographien
- Coiling von Hirnaneurysmen
- Coiling/Verschluß von peripheren Aneurysmen
- Minimal-invasive Rekanalisation von hirnversorgenden Arterien
- Minimal-invasive Rekanalisation von Extremitätenarterien
- Chemoperfusion von Tumoren
- Chemoembolisation von Tumoren
- CT-gesteuerte PRT-Perkutane Radikuläre Therapie
- CT- gesteuerte Radiofrequenzablationen
- Röntgensterotaktische Mammabiopsien
- MR-gesteuerte Mammabiopsien
- Ganzkörper-MR-Tomographien

B-27.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Kinderradiologie

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

Hochschulambulanz (Poliklinik Radiologie)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit biliärer Zirrhose (mit Ablauf 15. August 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis (mit Ablauf 15. August 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson (mit Ablauf 15. August 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren (mit Ablauf 25. April 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche) (mit Ablauf 18. April 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

Privatambulanz der Radiologie

Privatambulanz

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

Medizinisches Versorgungszentrum des Universitätsklinikums Köln

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

B-27.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	509
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	94
3	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	4
4	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	< 4
5	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	< 4
6	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	< 4
7	3-606	Röntgendarstellung der Schlagadern der Arme mit Kontrastmittel	< 4
8	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	< 4
9	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	< 4
10	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	< 4

B-27.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-27.11 Personelle Ausstattung

B-27.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			46,89	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	46,89		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	32,67		
	- ambulant	14,22		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			21,72	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,72		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,13		
	- ambulant	6,59		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ54	Radiologie
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –
ZF70	Magnetresonanztomographie

B-27.11.2 Pflegepersonal

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

B-28 Transfusionsmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Gathof

B-28.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Transfusionsmedizin**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**transfusionsmedizin.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung II (3790) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Birgit Gathof**
Telefon	0221 / 478 – 4869
Telefax	0221 / 478 – 87073
E-Mail	**birgit.gathof@uk-koeln.de**

Kurzportrait

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

In der Blut-Management-Ambulanz werden Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Fragestellungen wie Hämochromatose und präoperativer Eigenblutspende/Hb-Optimierung betreut.

Die Transfusionsmedizin unterstützt mit ihrem umfangreichen arzneimittelrechtlichen Wissen ebenso die Zell- und Gewebetherapie auch benachbarter Fachgebiete. Hierfür ist ein umfangreiches Qualitätsmanagementsystem etabliert. Dies gewährleistet die Sicherheit der Hämotherapie (Behandlung mit Blut und Blutprodukten), Zell- und Gewebetherapie auf dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik.

Im Blutspendebereich erfolgen jährlich bis zu 30.000 Vollblutspenden von ca. 14.000 Blutspendern. Die jeweils 500 ml Blutspende werden in die Bestandteile rote Blutkörperchen, Plasma und Blutplättchen aufgetrennt. Mittels Apherese werden Spezialpräparate, z. B. jährlich ca. 7.000 Blutplättchen-, Erythrozyten- und Blutstammzellenkonzentrate, hergestellt. Diese Blutpräparationen gelten als Arzneimittel und werden einzeln oder in Kombination am Patienten angewendet.

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

Jede Fremdblutspende wird vor Freigabe auf die Krankheitserreger Hepatitis-A, -B, -C, -E, HIV, Parvovirus B19 und Syphilis getestet; saisonal wird jede Fremdblutspende auf das West-Nil-Virus getestet. Das „Restrisiko“ der Übertragung (im Test noch nicht erkennbarer, sehr frischen Infektionen) ist sehr gering: unter 1 zu 10 Millionen für HIV; unter 1 zu 500.000 für Hepatitis.

Hierdurch hat die Eigenblutspende (< 100/J) vor planbaren Operationen an Bedeutung verloren. Jedoch werden für Patientinnen und Patienten mit schweren Formen des trockenen Auges, z. B. bei GvHD nach Stammzelltransplantation, Eigenserum Augentropfen als „Tränenersatzmittel“, für andere vor Netzhaut-Operationen Eigenblut-Plättchenkonzentrate zur schnelleren und besseren Wundheilung hergestellt. Für nicht spendefähige Patienten erfolgt die Herstellung von Serumaugentropfen aus Fremdblut (individueller Heilversuch).

Forschungsschwerpunkt der Transfusionsmedizin ist die sicherere Herstellung und qualitätsgesicherte Anwendung von Blut- und Zellpräparationen, sowie der Einfluss der Hämotherapie und Blutspende auf metabolische und sonstige Parameter.

Die Transfusionsmedizin unterstützt verschiedenste Forschergruppen der Uniklinik Köln durch Kooperationen mit Laborleistungen und Bereitstellung von Restblut (-bestandteilen), die nicht für Patienten benötigt werden.

Besonderer Dank gilt den gesunden Menschen (Bevölkerung aus den umliegenden Stadtvierteln, Studenten, Patientenangehörige, Mitarbeiter des Klinikums), die mit ihren Spenden intensive Tumortherapien, Blutstammzelltransplantationen oder große Operationen (z. B. mit der Herz-Lungenmaschine) erst sicher möglich machen.

B-28.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-28.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Chirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC25	Transplantationschirurgie
	Diagnostik

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD20	Wundheilungsstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG17	Reproduktionsmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen
VI00	Hämostaseologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI20	Intensivmedizin
VI45	Stammzelltransplantation
VI42	Transfusionsmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Strahlentherapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR30	Oberflächenstrahlentherapie

B-28.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-28.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-28.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-28.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-800	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger	5.874
2	8-805	Übertragung (Transfusion) von aus dem Blut eines Spenders gewonnen Blutstammzellen	211
3	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde – Transfusion von Eigenblut	65
4	8-802	Übertragung (Transfusion) von weißen Blutkörperchen von einem Spender	33
5	8-801	Kompletter Ersatz des Blutes eines Empfängers durch Spenderblut – Austauschtransfusion	13

Die angegebene Anzahl zum OPS gibt die Anzahl der Patienten wieder, die gegebenenfalls mehrere Einheiten von Blutkomponenten erhalten haben. Pro Fall wird deren Anzahl mit einem OPS-Schlüssel in der weiteren Differenzierung (z. B. „Erythrozytenkonzentrat: 8-800.c0 = 1 TE bis unter 6 TE, TE = Transfusionseinheit“) kodiert. Die OPS-Schlüssel werden hier auf der vierstelligen Ebene zusammengefasst dargestellt.

B-28.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Eigenblutspende, Transfusionsmedizin

Sonstiges: Blutspendezentrale
Privatambulanz

Immunhämatologische, transfusionsmedizinische, hämostaseologische Ambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI42	Transfusionsmedizin

B-28.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-28.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-28.11 Personelle Ausstattung

B-28.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			9,04	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,04		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,49		
	- ambulant	0,55		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			5,94	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,94		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,58		
	- ambulant	0,36		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ01	Anästhesiologie
AQ23	Innere Medizin
AQ24	Innere Medizin und Angiologie
AQ59	Transfusionsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement
ZF11	Hämostaseologie

B-28.11.2 Pflegepersonal

In der Transfusionsmedizin wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-29 Zentrum für Pharmakologie

Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dietmar Fischer

PD Dr. Thomas Streichert

B-29.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum für Pharmakologie**
Hausadresse	Gleueler Straße 24 50931 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**pharmakologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Leiter des Zentrums, Institutsdirektor Pharmakologie II und komm. Leiter Pharmakologie I (seit 01.07.2022)	**Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dietmar Fischer**
E-Mail	**pharmakologie-direktor@uk-koeln.de**
Telefon	0221 / 478 – 88729
Telefax	0221 / 478 – 89049
Institutsdirektor Pharmakologie I (beurlaubt)	
Leitung Therapeutisches Drug Monitoring (beurlaubt)	**Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig**
E-Mail	**sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de**
Telefon	0221 / 478 – 88729
Telefax	0221 / 478 – 89049

Kommissarischer Leiter Bereich Forschung und Lehre (bis 30.06.2022) **Univ.-Prof. Dr. med. Uwe Fuhr**

Telefon 0221 / 478 – 5230
Telefax 0221 / 478 – 7011
E-Mail **sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de**

Kommissarischer Leiter Bereich Therapeutisches Drug Monitoring **PD Dr. med. Thomas Streichert**

Telefon 0221 / 478 – 5290
Telefax 0221 / 478 – 36814
E-Mail **thomas.streichert@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Die Pharmakologie ist eine medizinische Fachrichtung. Sie untersucht die Wechselwirkungen von Stoffen und Lebewesen. Hierunter fallen insbesondere Arzneimittel, die eine wichtige Rolle in der modernen Medizin spielen, aber auch Giftstoffe.

Zentrum für Pharmakologie

Leiter: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dietmar Fischer
pharmakologie-direktor@uk-koeln.de

Institut für Pharmakologie I

Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig (beurlaubt)
Telefon 0221 / 478 – 88729
sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de

Komm. Leiter: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dietmar Fischer
pharmakologie-direktor@uk-koeln.de

Institut für Pharmakologie II

Leiter: Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dietmar Fischer
pharmakologie-direktor@uk-koeln.de

Bereich Therapeutisches Drug Monitoring

Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig (beurlaubt)
Telefon 0221 / 478 – 88729
sekretariat-pharmakologie@uk-koeln.de

Komm. Leiter: PD Dr. med. Thomas Streichert
thomas.streichert@uk-koeln.de

Arzneimittelinformationsdienst

Unser Arzneimittelinformationsdienst beantwortet Fragen zu Arzneimitteln. Bitte wenden Sie sich an das Sekretariat des Zentrums für Pharmakologie. Von dort werden Sie mit einem der kompetenten Fachärztinnen/-ärzte oder Fachapotheker/-innen aus unserem Haus verbunden, der Ihre Fragen beantworten wird. Gerne können Sie sich auch per E-Mail an uns wenden.

Sekretariat Zentrum für Pharmakologie
+49 (0)221 478-88729
Arzneimittel-Info@uk-koeln.de

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

B-29.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-29.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Arzneitherapeutischer Beratungsdienst
VX00	Therapeutisches Drug Monitoring
	Anfragen zu Pharmaka- und Therapie-Problemen, für folgende Arzneimittelklassen werden Bestimmungen der Serumkonzentrationen u. darauf basierende Therapieberatungen (TDM) durchgeführt: Antiepileptika, Benzodiazepine, Antiarrhythmika, Antimycotika, Stimulantien, Psychopharmaka, Immunsupressiva

Weiterhin werden Anfragen zu Pharmaka- und Therapie-Problemen bearbeitet, die aus dem Bereich des Klinikums, aber auch von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten kommen. Des Weiteren kooperiert dieser Bereich mit verschiedenen Kliniken und Arbeitsgruppen.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- Interne und externe Qualitätskontrolle des Therapeutischen Drug Monitoring (TDM):
  Basierend auf der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“, sowie Teilnahme seit 1976 an Ringversuchen
- Qualitätskontrolle bei Messungen außerhalb des TDM:
  Validierung von Analysenmethoden basierend auf den jeweils gültigen Richtlinien der Europäischen und der US-Amerikanischen Zulassungsbehörden EMA und FDA zu "bioanalytical method validation"
- Qualitätskontrolle bei der Durchführung von Klinischen Studien:
  Richtlinien zur Good Clinical Practice (GCP)

- Arzneimittelkommission:
  Die Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln wird gemeinsam vom Zentrum für Pharmakologie und der Krankenhausapotheke geführt.

B-29.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-29.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-29.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-29.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Pharmakologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-29.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-29.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-29.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-29.11 Personelle Ausstattung

B-29.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			5,17	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,17		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,33		
	- ambulant	0,84		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,17	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,17		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,49		
	- ambulant	0,68		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ47	Klinische Pharmakologie
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Facharztqualifikation Klinische Pharmakologie/Pharmakologie und Toxikologie

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

B-29.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Pharmakologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-30 Institut für Klinische Chemie

PD Dr. Thomas Streichert

B-30.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Klinische Chemie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**klinische-chemie.uk-koeln.de** **Leistungsverzeichnis Parameter A-Z** (mit umfangreichen Informationen zu den einzelnen Laborwerten)
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**PD Dr. med. Thomas Streichert**
Telefon	0221 / 478 – 4460
Telefax	0221 / 478 – 36814
E-Mail	**thomas.streichert@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Klinische Chemie bietet als Zentrallabor der Uniklinik Köln ein umfassendes, auf den klinischen Bedarf abgestimmtes Spektrum der Laboranalytik aus den Bereichen Klinische Chemie, Hämatologie, Hämostaseologie, Endokrinologie, Immunologie, Liquoranalytik, spezielle Stoffwechseldiagnostik und Molekularbiologie an. Das Labor verfügt über eine umfassende Laborautomation und ist hoch digitalisiert.

In 2021 wurden am Institut für Klinische Chemie 6.745.468 Netto-Analysen durchgeführt und befundet.

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

Das Zentrallabor hat sich einem umfassenden Qualitätsmanagement verschrieben und ist seit 2008 durchgehend nach der Norm DIN EN ISO 15189:2007 Medizinische Laboratorien – Besondere Anforderungen an die Qualität und Kompetenz – akkreditiert. Im selben Jahr ist auch der Bereich Patientennahe Sofortdiagnostik (POCT) der Uniklinik Köln, der unter der Verantwortung des Zentrallabors steht, nach der Norm DIN EN ISO 22870:2006 akkreditiert worden. Dies wird begleitet von einem umfassenden Schulungskonzept für die Anwenderinnen und Anwender, sowie die POCT-Verantwortlichen in den Kliniken.

B-30.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-30.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Auto-Immundiagnostik
	Bestimmung von Autoantikörpern zur Diagnose, Verlaufs- und Therapiekontrolle systemischer und kutaner Autoimmunerkrankungen, autoimmuner Leber-, Magen-, Darm-, Nieren-, Schilddrüsen- und ZNS-Erkrankungen (antineuronale Antikörper), Neuropathien, Myositiden und Vaskulitiden. Rheumaserologie
VX00	Endokrinologie
	Bestimmung von Hormonkonzentrationen zur Diagnose, Verlaufs- und Therapiekontrolle (inkl. der Funktionsteste) sowie der entsprechenden Bindungsproteine bei Erkrankungen der Schilddrüse, der Niere, des RAA-Systems,Nebenniere, der Hypophyse/Hypothalamus, des Pankreas, der Gonaden und des Knochens
VX00	Flow-Cytometry
	Monitoring zellulärer Immundefekte (CD4-Zahl, CD4/8-Ratio bei HIV-Infektion), Quantifizierung von Lymphozytensubpopulationen (zellulärer Immunstatus), Quantifizierung hämatopoetischer CD34 Progenitorzellen zur Stammzelltransplantation
VX00	Hämatologie
	Bestimmung von Blut- und Differentialblutbildern sowie der manuellen und digitalen Mikroskopie zur Diagnose, Verlaufs- und Therapiekontrolle von benignen und malignen Erkrankungen des Bluts

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VX00	Hämostaseologie
	Bestimmungen zur Abklärung einer angeborenen oder erworbenen plasmatischen Gerinnungsstörung (Blutungsneigung/Thrombophilie) und der Wirkung von Antikoagulantien. Orientierende Analytik der primären Hämostase
VX00	Klinische Chemie und Immunchemie
	Umfassendes klinisch-chemisches und immunchemisches Analysespektrum in Blut, Liquor und Urin
VX00	Liquordiagnostik
	Basisdiagnostik zur Beurteilung von Notfällen und erweiterte Diagnostik (Schrankenfunktion, intrathekale Immunglobulinsynthesen, Zytologie, Tumormarker, Demenzmarker) zur Beurteilung akuter und chronischer Entzündungen, Blutungen, Hinweis auf Malignome
VX00	Molekulare Diagnostik
	Bestimmung von genetischen Merkmalen zur Abschätzung des Risikos für Blutgerinnungsstörungen, Eisen-, Fettstoffwechselstörungen sowie HLA-B27
VX00	POCT
	Qualitätssicherung in der POCT-Analytik
VX00	Stoffwechseldiagnostik
	Bestimmung der proteinogenen Aminosäuren (inkl. Phenylalanin zur PKU-Verlaufskontrolle u. verzweigtkettige Aminosäuren zur Verlaufskontrolle bei MSUD), Bestimmung stoffwechselrelevanter Spurenelemente (Cu, Zn)
VX00	Therapeutisches Drug Monitoring
	Bestimmung von Medikamenten oder Metaboliten zur Therapiekontrolle (u. a. Immunsuppressiva, Herzglykoside, Antidepressiva, Antiepileptika)
VX00	Toxikologische Notfallanalytik
	Bestimmung der gängigen Substanzen, die zu Intoxikationen führen (Ethanol, Drogenscreening im Urin, Paracetamol), Bestimmung von Met- und Carboxyhämoglobin
VX00	Umfassende Notfallanalytik
	Täglich rund um die Uhr verfügbare Analytik und Beratung durch Arzt/ Naturwissenschaftler

B-30.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-30.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-30.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-30.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen des Zentral-Labors können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-30.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-30.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-30.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-30.11 Personelle Ausstattung

B-30.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			4,97	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,97		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,95		
	- ambulant	2,02		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			3,57	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,57		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,12		
	- ambulant	1,45		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ38	Laboratoriumsmedizin

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF26	Medizinische Informatik

B-30.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Klinische Chemie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-31 Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie

Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner

B-31.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**pathologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner**
Telefon	0221 / 478 – 6320
Telefax	0221 / 478 – 6363
E-Mail	**reinhard.buettner@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie, geleitet von Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner ist nach DIN EN ISO/IEC 17020:2004 akkreditiert und seit 2013 als GCP-Labor (Good Clinical Practice) zertifiziert.

Zur Zeit sind 123 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (FTE) beschäftigt. Pro Jahr werden aktuell ca. 130.000 pathologische Analysen bearbeitet, darunter auch Zytologien, Schnellschnittpräparate verschiedener Standorte und ca. 10.000 mit komplexen molekularpathologischen Fragestellungen. Das Institut fungiert als Referenzzentrum für hereditäre Tumorerkrankungen, Lungenerkrankungen, Lebererkrankungen, Weichgewebstumoren und verfügt über umfassende Expertisen bei hämatologischen und lymphatischen Erkrankungen. Daneben werden durch das Institut diverse Organzentren der Universität und an Krankenhäusern in der Region des südlichen Nordrheinwestfalen betreut.

In der Abteilung für Molekularpathologische Diagnostik werden im laufenden Jahr ca. 10.000 Fälle sowohl mit PCR-basierten Methoden, als auch durch Fluoreszenz in situ Hybridisierung untersucht. Zu den Einsendern gehören pathologische Institute im gesamten deutschsprachigen Raum.

Das Angebot wird ergänzt durch Fortbildungsmaßnahmen für Pathologinnen und Pathologen, Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftler und technische Angestellte in Zusammenarbeit mit der Internationalen Akademie für Pathologie und verschiedenen Industrieunternehmen. Das Institut ist zudem als Referenzinstitut an der Ausrichtung verschiedener molekularpathologischer QuiP-Ringversuche beteiligt.

B-31.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-31.3 Medizinische Leistungsangebote

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Universitätsklinik Köln hinausgehen

B-31.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-31.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-31.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-31.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Pathologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-31.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-31.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-31.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-31.11 Personelle Ausstattung

B-31.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			17,63	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,28		
	- ambulant	5,35		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			11,60	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,60		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,08		
	- ambulant	3,52		

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

Zusätzlich 7,00 VK Molekularbiologe

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ46	Pathologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

B-31.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Pathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-32 Institut für Neuropathologie

Univ.-Prof. Dr. med. Martina Deckert

B-32.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Neuropathologie**
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**pathologie-neuropathologie.uk-koeln.de/institut-fuer-neuropathologie**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin (bis 31.07.2022)	**Univ.-Prof. Dr. med. Martina Deckert**
Telefon	0221 / 478 – 5265
Telefax	0221 / 478 – 7237
E-Mail	**neuropatho@uni-koeln.de**
Komm. Leitung (seit 01.08.2022)	**Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Büttner**
Telefon	0221 / 478 – 6320
Telefax	0221 / 478 – 6363
E-Mail	**reinhard.buettner@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Neuropathologie untersucht das gesamte Spektrum der Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Dazu steht ein breites Panel zahlreicher morphologischer, immunhistochemischer und enzymhistochemischer Techniken an zu diagnostischen Zwecken entnommenen Gewebeproben zur Verfügung.

Das Ziel der Untersuchungen ist die Diagnosestellung und Klassifikation von Tumoren, autoimmunen und infektiösen Entzündungen und degenerativen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems. Dazu werden Gewebeproben im Rahmen neurochirurgischer und stereotaktischer Interventionen entnommen. Des Weiteren werden Gewebeproben bei Bandscheibenvorfällen und Erkrankungen der Wirbelsäule, Skelettmuskel- und Nervenbiopsien sowie Liquor-Proben untersucht. Zudem werden Haut- und Dickdarmbiopsien mit der Frage nach Innervationsstörungen untersucht.

Molekularbiologische Methoden sind mittlerweile essentiell für die Diagnostik und Therapie glialer Tumoren und primärer Lymphome des Zentralnervensystems. Außerdem führen wir neuropathologische Autopsien von Gehirn, Rückenmark, peripheren Nerven und Skelettmuskulatur durch.

Mit diesem Spektrum an Krankheiten und Methoden steht die Neuropathologie als klinisch-theoretisches Institut an der Schnittstelle zwischen den klinisch-neurologischen/neurochirurgischen Gebieten und grundlagenwissenschaftlichen Fächern (Molekularbiologie, Immunologie, Genetik).

B-32.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-32.3 Medizinische Leistungsangebote

Keine speziellen Angaben, die über das allgemeine Angebot der Universitätsklinik Köln hinausgehen

B-32.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-32.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-32.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-32.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Neuropathologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-32.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-32.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-32.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-32.11 Personelle Ausstattung

B-32.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			1,02	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,02		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,91		
	- ambulant	0,11		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,90	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,90		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,80		
	- ambulant	0,10		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ42	Neurologie
AQ43	Neuropathologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –

B-32.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Neuropathologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-33 Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Krönke

Univ.-Prof. Dr. med. Jonathan Jantsch

B-33.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene**
Hausadresse	Goldenfelsstraße 19-21 50935 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**immih.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor (bis 31.03.2022)	**Univ.-Prof. Dr. med. Martin Krönke**
Telefon	0221 / 478 – 32000
Telefax	0221 / 478 – 32002
E-Mail	**martin.kroenke@uk-koeln.de**
Institutsdirektor (seit 01.04.2022)	**Univ.-Prof. Dr. med. Jonathan Jantsch**
Telefon	0221 / 478 – 32000
Telefax	0221 / 478 – 32002
E-Mail	**rita.welticke@uk-koeln.de** (Direktionsassistentin für Prof. Jantsch)

Kurzportrait

Aufgabenbereich des Institutes

Im Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene (IMMIH) wird die gesamte bakteriologische, mykologische, parasitologische und infektionsserologische Diagnostik - mit Ausnahme virologischer Untersuchungen - stationärer und ambulanter Patientinnen und Patienten des Uniklinikums Köln durchgeführt.

Im Jahre 2021 wurden insgesamt 461.784 klinische Untersuchungsmaterialien bearbeitet.

Das Methodenspektrum umfasst neben allen gängigen auch spezielle kulturelle Nachweisverfahren, sowie die molekularbiologische (PCR)-Diagnostik zum Nachweis schwer und nicht kultivierbarer Erreger (z. B. Erreger „atypischer“ Atemwegsinfektionen wie Legionellen, Chlamydien und Mykoplasmen, Gonokokken, Endokarditis-Erreger, Meningitis-Erreger, Erreger infektiöser Diarrhoe).

Dem Institut angeschlossen ist die Abteilung für Krankenhaushygiene, deren Aufgabenbereich in der krankenhaushygienischen Überwachung sämtlicher Kliniken des Uniklinikums Köln besteht.

Die in diesen Aufgabenbereich fallenden mikrobiologischen Untersuchungen werden ebenfalls im IMMIH durchgeführt.

Das IMMIH arbeitete seit 1999 mit dem Laborinformationssystem (LIS) EUROLAB der Firma IMP. Im November 2021 sind die Teilbereiche Bakteriologie und Molekularbiologie auf OPUS migriert, das zentrale LIS (Firma Dedalus) des Diagnostikzentrums unserer Uniklinik. Die Migration der weiteren Laborbereiche auf neue LIS steht für das Jahr 2022 und 2023 an.

Qualitätssicherung

Die diagnostischen Laboratorien des IMMIH sind akkreditiert nach DIN EN ISO 15189 sowie DIN EN ISO/IEC 17025 bei der Deutschen Akkreditierungsstelle (DAkkS) für den Bereich chemisch und chemisch-physikalische Laboratoriumsdiagnostik, sowie medizinische Laboratoriumsdiagnostik in den Bereichen mikrobiologische Diagnostik, Infektionsserologie, molekularbiologische Diagnostik, Umweltanalytik und Krankenhaushygiene.

Die medizinisch-mikrobiologische und chemisch-physikalische Diagnostik unterliegen einem strukturierten Qualitätskontrollsystem, welches sowohl die interne Qualitätskontrolle als auch die externe Qualitätskontrolle durch die regelmäßige Teilnahme an jährlich mehr als 200 Ringversuchen in den Bereichen Bakteriologie, Molekularbiologie, Mykobakteriologie, Mykologie, Parasitologie, Infektionsserologie sowie bakteriologische und chemische Wasseranalytik (durchgeführt vorwiegend durch das Institut für Standardisierung und Dokumentation im Medizinischen Laboratorium e. V. (INSTAND)) umfasst.

B-33.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-33.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen
VC30	Septische Knochenchirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI20	Intensivmedizin
VI36	Mukoviszidosezentrum
VI37	Onkologische Tagesklinik
VI41	Shuntzentrum

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK33	Mukoviszidosezentrum
VK36	Neonatologie

B-33.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-33.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-33.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-33.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Mikrobiologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-33.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Reiseimpfsprechstunde

Privatambulanz

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

Nr.	Angebotene Leistung
VX00	Reiseimpfsprechstunde

B-33.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-33.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-33.11 Personelle Ausstattung

B-33.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			2,95	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,95		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,45		
	- ambulant	0,50		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			1,53	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,53		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,27		
	- ambulant	0,26		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

B-33.11.2 Pflegepersonal

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

B-34 Institut für Virologie

Univ.-Prof. Dr. med. Florian Klein

B-34.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Institut für Virologie**
Hausadresse	Fürst-Pückler-Straße 56 50935 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**virologie.uk-koeln.de**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	**Univ.-Prof. Dr. med. Florian Klein**
Telefon	0221 / 478 – 85801
Telefax	0221 / 478 – 85802
E-Mail	**florian.klein@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Institut für Virologie versorgt das gesamte Universitätsklinikum Köln sowie verschiedene externe Partnereinrichtungen mit virologischer Diagnostik.

Im Jahre 2021 wurden insgesamt über 515.000 virologische Untersuchungen durchgeführt.

Die angebotenen Untersuchungsmethoden umfassen serologische, immunologische und molekularbiologische Analysen und erlauben eine präzise Diagnostik für ein weites Spektrum humanpathogener Viren.

Das Institut ist nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert und bietet seinen diagnostischen Routineservice von Montag bis Samstag und eine Notfalldiagnostik, z. B. im Fall von Ausbrüchen, an 7 Tagen pro Woche von 8 bis 24 Uhr an. Die diagnostischen Laboratorien nehmen regelmäßig jährlich an mehr als 200 Ringversuchen im Bereich Virologie (Molekularbiologie und Infektionsserologie) teil.

Zudem erforschen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts Grundlagen der Virusbiologie und Virusimmunologie, entwickeln neue diagnostische Testverfahren und führen klinische Studien durch. Zu den Schwerpunkten des Instituts gehören im Besonderen die Erkennung und Beurteilung von Resistenzentwicklungen bei Viren, die Entwicklung neuer Impfkonzepte sowie die Anwendung von Antikörper-vermittelten Therapiestrategien. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Erforschung humaner Papillomviren inklusive der Leitung des Nationalen Referenzzentrums für Papillom- und Polyomaviren.

B-34.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-34.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC25	Transplantationschirurgie

Herzchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC07	Herztransplantation

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen
VD11	Spezialsprechstunde

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG15	Spezialsprechstunde

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH16	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Mund/Hals: Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres

Onkologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen
VI20	Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie, Nephrologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters

B-34.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-34.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-34.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-34.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

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

B-34.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-34.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-34.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-34.11 Personelle Ausstattung

B-34.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			0,96	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,96		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,57		
	- ambulant	0,39		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,96	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,96		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,57		
	- ambulant	0,39		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

B-34.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Virologie wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

B-35 Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Univ.-Prof. Dr. med. Rita Schmutzler

B-35.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	**Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs**
Hausadresse	CIO, Geb. 70, Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	**familiaerer-brust-und-eierstockkrebs.uk-koeln.de** **UKKöln Navi – Link zum CIO**
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3791) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin	**Univ.-Prof. Dr. med. Rita Schmutzler**
Telefon	0221 / 478 – 37592
Telefax	0221 / 478 – 86510
E-Mail	**rita.schmutzler@uk-koeln.de**

Kurzportrait

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs betreut Patientinnen und Ratsuchende mit einer familiären Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs.

Brustkrebs ist die häufigste Tumorerkrankung der Frau. Viele Betroffene fragen sich, ob er bei ihnen erblich sein kann und welche Bedeutung dies für die eigene Erkrankung und möglicherweise für die ganze Familie hat. Unser Zentrum hat sich auf diese Themen spezialisiert.

Bei etwa 30 von 100 Brust- bzw. Eierstockkrebserkrankten liegt eine familiäre Belastung vor, hinweisend auf eine erbliche Ursache. Wesentliche Kennzeichen des erblich bedingten Brust- und Eierstockkrebs sind eine Häufung von Erkrankten in der Familie, ein frühes Erkrankungsalter sowie Zweittumoren sowohl der Brust als auch der Eierstöcke. Am häufigsten finden sich Veränderungen (Mutationen) in den beiden Genen *BRCA1* und *BRCA2*, die zusammen für etwa 25 von 100 aller familiär gehäuften Fälle verantwortlich sind. Für die übrigen Fälle sind die Gene noch nicht identifiziert bzw. nicht ausreichend untersucht. In unserem Zentrum erfolgt die Gentestung nach der modernsten Methode im Rahmen einer Multigen Testung (TruRisk®). Durch unsere nationalen und internationalen Forschungsarbeiten ist diese Testung immer auf dem aktuellsten wissenschaftlichen Stand.

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs berät Patientinnen und Ratsuchende nicht-direktiv nach neuestem Stand der Wissenschaft. Sollte eine Mutation bzw. ein erhöhtes Erkrankungsrisiko nachgewiesen werden, bietet das Zentrum eine ausführliche Beratung über die verschiedenen Möglichkeiten der Prävention und Therapie an.

B-35.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-35.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse
VG00	Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
	Das Zentrum bietet spezielle Präventions- und Beratungsmöglichkeiten für Patientinnen und Ratsuchende mit einer familiären Belastung für Brust- und/oder Eierstockkrebs: z. B. Aufklärung zur genetischen Testung, Durchführung der genetischen Testung und Beratung, intensiviertes Früherkennungsprogramm.

B-35.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-35.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-35.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-35.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

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

B-35.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)
Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V

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

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

B-35.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

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

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

B-35.11 Personelle Ausstattung

B-35.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			8,47	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,47		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	8,47		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			8,47	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,47		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	8,47		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
AQ21	Humangenetik

B-35.11.2 Pflegepersonal

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

B-36 Institut für Humangenetik

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

Univ.-Prof. Dr. med. Christian Netzer, M. A.

B-36.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

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

Kurzportrait

Das Institut für Humangenetik betreut Patientinnen und Patienten und deren Familien sowie Personen mit einer familiären Belastung bei Fragestellungen aus dem gesamten Spektrum erblicher Erkrankungen. Auch wenn die Anzahl der bekannten monogen erblichen (auf eine einzelne Erbanlage zurückzuführende) Erkrankungen stetig wächst (derzeit etwa 7200), sind viele davon für sich genommen sehr selten, was ihre Diagnosestellung in der täglichen ärztlichen Praxis erschwert. Wir sind spezialisiert auf die klinische Einordnung und die Diagnostik solcher seltenen erblichen Erkrankungen.

Unsere Schwerpunkte liegen dabei insbesondere auf (neuro-)pädiatrischen Fragestellungen, neuromuskulären Erkrankungen, nephrologischen Erkrankungen, Erkrankungen des Bindegewebes und des Skelettsystems sowie speziellen Tumorerkrankungen.

Hierzu nutzen wir modernste Methoden der Humangenetik und bieten ein breites Spektrum an Analysen an – von der Einzelgendiagnostik bis hin zu individualisierten gesamtgenomischen Untersuchungen.

Im Jahre 2021 führten wir ca.1400 molekulargenetische und molekularzytogenetische Untersuchungen durch.

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

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

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

B-36.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Das Krankenhaus hält sich bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlung der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V.

B-36.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VO13	Spezialsprechstunde
	Skeletterkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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

B-36.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

B-36.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-36.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Da die Diagnosen als Hauptdiagnosen eines Falles der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, können für eine nichtbettenführende Abteilung keine Diagnosen berichtet werden.

B-36.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

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

B-36.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz des Instituts für Humangenetik des Uniklinikums Köln

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Krankenhaus n. § 116b SGB V
Privatambulanz

Eine genetische Beratung und Diagnostik bzw. Versorgung wird für Patientinnen und Patienten mit erblichen Erkrankungen aus praktisch allen Fachbereichen der Medizin angeboten. Frauenklinik, Gebäude 47, 9. OG, Kerpener Str. 34, 50931 Köln

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)
Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen
Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie
Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie (mit Ablauf 31. Mai 2019 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)
Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven
Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren
Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren (mit Ablauf 25. April 2021 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen
Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden
Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 2 b	Mukoviszidose
Anlage 2 c	Hämophilie
Anlage 2 k	Marfan-Syndrom
Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie

Humangenetik im MVZ

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Eine genetische Beratung und Diagnostik bzw. Versorgung wird für Patientinnen und Patienten mit erblichen Erkrankungen aus praktisch allen Fachbereichen der Medizin angeboten. Zugang über Frauenklinik, Gebäude 47, 9. OG, Joseph-Stelzmann-Str. 24, 50931 Köln

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

B-36.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-36.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-36.11 Personelle Ausstattung

B-36.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			2,50	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	2,50		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			1,19	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,19		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	1,19		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF26	Medizinische Informatik

B-36.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Humangenetik wird kein Pflegepersonal beschäftigt.

C Qualitätssicherung

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

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Für das Berichtsjahr 2021 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2021 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.

Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.

Hinweis zur Darstellung nach Krankenhaus und nach Standorten

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

- Universitätsklinik Köln
- CardioCliniC Köln

Aufgrund der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) kann die Soll-Fallzahl nur für das gesamte Krankenhaus dargestellt und somit die Dokumentationsrate nur krankenhausbezogen berechnet werden. Dagegen erfolgt die Angabe der Ist-Fallzahl standortbezogen.

Die folgende Tabelle stellt die Soll-Fallzahl und die Dokumentationsrate (Dok.-Rate) für das gesamte Krankenhaus Universitätsklinik Köln (mit CardioCliniC Köln) dar. Für die Ist-Anzahl Datensätze werden nur die für den Standort Universitätsklinik Köln (ohne CardioCliniC Köln) ausgewerteten Datensätze (ohne Minimaldatensätze) berücksichtigt.

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	308	100,00 %	304
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	42	100,00 %	42
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/ -Explantation	49	100,00 %	48
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	78	100,00 %	78
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	21	100,00 %	21
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-System-wechsel/-Explantation	44	100,00 %	44
10/2	Karotis-Revaskularisation	187	100,00 %	187
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	430	100,00 %	430
16/1	Geburtshilfe	2.425	100,45 %	(5) 2.431
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	13	100,00 %	13
18/1	Mammachirurgie	305	100,00 %	(5) 303
DEK	Dekubitusprophylaxe	616	100,00 %	602

Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
HCH	Herzchirurgie	1.510	100,93 %	1.316
– HCH_AK_CHIR	Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe	218	100,92 %	202
– HCH_AK_KATH	Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe	464	101,08 %	469
– KCH_KC	Koronarchirurgische Operationen	698	100,86 %	525
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	104	100,96 %	105
– HEP IMP	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	77	100,00 %	77
– HEP WE	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	28	103,57 %	29
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	7	100,00 %	7
– HTXM-MKU	– Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	6	100,00 %	6
– HTXM-TX	– Zählleistungsbereich Herztransplantation	< 4	(3)	< 4
KEP	Knieendoprothesenversorgung	128	100,00 %	(5) 126
– KEP IMP	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	103	100,97 %	102
– KEP WE	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	25	100,00 %	24
LLS	Leberlebendspende	0	(2)	–
LTX	Lebertransplantation	8	100,00 %	8
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	0	(2)	–
NEO	Neonatologie	1.225	100,90 %	(5) 1.226
NLS	Nierenlebendspende	49	100,00 %	49
PCI_LKG	Perkutane Koronarintervention und Koronar-angiographie (LKG) (4)	1.752	99,54 %	1.740
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	241	100,00 %	241
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	96	100,00 %	96
NTX	Nierentransplantation	(1)	(1)	(1)

Die Sortierung richtet sich nach den Modulschlüsseln.

(1) = Für den Leistungsbereich der Nieren-, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation wird nur jeweils die Gesamtfallzahl und die Gesamtdokumentationsrate berechnet. Eine Differenzierung nach Modulen soll hier hier laut Gemeinsamem Bundesausschuss (G-BA) nicht vorgenommen werden.

(2) = In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

(3) = Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

(4) = Beim Leistungsbereich Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) steht LKG für Landeskrankenhausgesellschaft und beschreibt den Datenweg, da dieser für die Datenerfassung aus dem ambulanten Bereich ein anderer ist (PCI_KV).

(5) = Minimaldatensätze dürfen laut G-BA hier nicht mitgezählt werden. Minimaldatensätze enthalten lediglich administrative Angaben und werden bei besonderen Fallkonstellationen erstellt, die keinen inhaltlich plausiblen und vollständigen QS-Datensatz ermöglichen (z. B. Totgeburt), um formal die Dokumentationspflicht zu erfüllen. Bei der Berechnung der Dokumentationsrate werden sie dagegen mitgezählt.

Follow-up-Module

Die Angaben zur Anzahl der Follow-up-Datensätze sind im Bericht nach den Vorgaben des G-BA nicht enthalten. Es wird auch keine Sollzahl ermittelt.

Follow-up-Datensätze werden nach einem, zwei und drei Jahren nach Transplantationen bzw. Lebendspenden erhoben und übermittelt. Bei Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation kommt mit der DeQS-RL außerdem ein 90-Tage-Follow-Up hinzu.

Aufgrund des Richtlinienwechsels werden Follow-Up-Datensätze zu Transplantationen bzw. Lebendspenden vor 2020 noch nach der alten QSKH-RL, zu denen ab 2020 im Rahmen der neuen DeQS-RL übermittelt.

Modul	Leistungsbereich	nach DeQS-RL	nach QSKH-RL
PNTXFU	Follow-up Nierentransplantation und Pankreas-(Nieren-)transplantation	162	158
HTXFU	Follow-up Herztransplantation	< 4	4
LLSFU	Follow-up Leberlebendspende	(2)	(2)
LTXFU	Follow-up Lebertransplantation	< 4	19
LUTXFU	Follow-up Lungen- und Herz-Lungentransplantation	(2)	(2)
NLSFU	Follow-up Nierenlebendspende	30	76

QSKH-RL = Richtlinie zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern (endet 2020)
DeQS-RL = Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung für die Uniklinik Köln

Erläuterung zum Verfahren der externen Qualitätssicherung nach § 136 SGB V

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

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

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

Liegt für ein Krankenhaus das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, wird eine rechnerische Auffälligkeit festgestellt und ein Stellungnahmeverfahren eröffnet. Im Rahmen der früher geltenden Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL, bis 2020) wurde das Stellungnahmeverfahren Strukturierter Dialog genannt.

Nach Beratung über die Stellungnahme wird eine Bewertung ausgesprochen, ob die rechnerische Auffälligkeit ein Hinweis auf einen qualitativen Mangel ist.

Das Verfahren war ursprünglich dazu gedacht rechnerische Auffälligkeiten im ärztlich-kollegialen Kreis zu besprechen. Viele Qualitätsindikatoren stammen noch aus der Zeit vor 2010 und wurden nicht für eine öffentliche Darstellung entwickelt.

Aus den Anfängen rührt auch die Bezeichnung einiger Module (Fragebogen mit Auswertungsregeln) her, die gleichlautend zu den Fallpauschalen der 90er Jahre ist. Als zentrale Stelle wurde damals die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gegründet, weshalb das Verfahren oft noch als „BQS-Verfahren“ bezeichnet wird.

Mit dem Anspruch einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die sowohl den ambulanten Sektor der niedergelassenen Haus- und Fachärzte, als auch den stationären Sektor der Versorgung im Krankenhaus umfasst, werden die Verfahren zur Qualitätssicherung in der neuen Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) geführt. Mit dem Richtlinienwechsel sind formal andere Zuständigkeiten verbunden.

Weiterführende Informationen

- G-BA – Der Gemeinsame Bundesausschuss
  Wegelystr. 8, 10623 Berlin
  www.g-ba.de
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
  Katharina-Heinroth-Ufer 1, 10787 Berlin
  iqtig.org
- LAG DeQS NRW – Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft DeQS NRW bei der Ärztekammer Nordrhein
  Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
  www.lag-nrw.de

Erläuterungen zur Darstellung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren

Das Ergebnis wird entweder als Quotient aus Zähler und Nenner berechnet und als Prozentwert dargestellt oder risikoadjustiert mittels logistischer Regression bestimmt.

Zähler / Nenner = Ergebnis

Die meisten Kennzahlen sind Quotienten.

Zähler = Anzahl der Fälle mit einem bestimmten Merkmal
Nenner = Anzahl der Fälle, die auf das bestimmte Merkmal geprüft werden

O / E = Risikoadjustiertes Ergebnis (Observed / Expected)

Bei der logistischen Regression wird jährlich anhand des bundesweiten Datenpools ermittelt, welchen Anteil ausgewählte Risikofaktoren (z. B. Alter) beim bundesweiten Gesamtergebnis haben.

Beispiel für eine Risikoadjustierung (stark vereinfachend)

Indikator Komplikationen – Risikofaktor Alter

Beispielkrankenhaus A

100 Patienten	
10 Patienten über 75 Jahre	10,0 %
2 Patienten mit Komplikation	2,0 %

Beispielkrankenhaus B

100 Patienten	
30 Patienten über 75 Jahre	30,0 %
3 Patienten mit Komplikation	3,0 %

Datenpool (A + B)

200 Patienten	
40 Patienten über 75 Jahre	20,0 %
5 Patienten mit Komplikation	2,5 %

Risikofaktor (Alter)

5 Patienten mit Komplikation = **Risikofaktor** x **20,0 %** Patienten über 75 Jahre x **200** Fälle
Risikofaktor = **5** / (**20,0 %** x **200**) = **0,125**

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

Beispielkrankenhaus A

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

Beispielkrankenhaus B

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

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

O / E < 1,00	besser als erwartet
O / E = 1,00	erwartungskonform
O / E > 1,00	schlechter als erwartet

(unter der Annahme, dass „weniger“ besser ist)

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

Vertrauensbereich

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

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

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

Referenzbereich (bundesweit)

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

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

Datenschutz

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

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat die Kennzahlen und Indikatoren im Verfahren der externen Qualitätssicherung nach SGB V im Mai 2021 im Hinblick auf die Veröffentlichungspflicht im Strukturierten Qualitätsbericht nach Kategorien bewertet und für 239 Kennzahlen bzw. Indikatoren die krankenhausbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse empfohlen.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI-Verfahren)

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

Bewertung durch Stellungnahmeverfahren

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

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	**01**	QSKH, DeQS	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	QSKH, DeQS	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	**10**	QSKH, DeQS	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog bzw. Stellungnahme-verfahren erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	**20**	QSKH	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahme-verfahren als qualitativ unauffällig	**31**	QSKH	Besondere klinische Situation
		32	QSKH	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	QSKH	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		34	Plan-QI	zureichend
		61	DeQS	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
		62	DeQS	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		63	DeQS	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahme-verfahren als qualitativ auffällig	**41**	QSKH	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	QSKH	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		43	Plan-QI	unzureichend
		71	DeQS	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		72	DeQS	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	**50**	QSKH	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	QSKH	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		80	DeQS	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		81	DeQS	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
S	Sonstiges	**90**	QSKH	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	QSKH	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		92	DeQS	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	QSKH, DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

QSKH = Qualitätssicherung im Krankenhaus
DeQS = Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung
Plan-QI = Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

Beispiel

Kategorie U = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig
Einstufung 31 = Besondere klinische Situation

Bewertung U31 = Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig – Besondere klinische Situation

Entwicklung zum Vorjahr – rechnerische Tendenz

Die Darstellung der rechnerischen Entwicklung zum Vorjahr ist verpflichtend und wird mit einer folgenden Angaben dargestellt:

- ↗ verbessert
- ↘ verschlechtert
- ➔ unverändert
- ◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar

Vergleich zum Vorjahr – qualitative Tendenz

Beim ebenfalls verpflichtenden qualitativen Vergleich der Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog ergibt sich die Darstellung anhand der folgenden Matrix.

Kategorie im **Berichts-jahr** / Kategorie im **Vorjahr**	**N** Bewertung nicht vorgesehen	**R** Ergebnis liegt im Referen-bereich	**H** Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	**U** Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ unauffällig	**A** Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ auffällig	**D** Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumen-tation	**S** Sonstiges
N Bewertung nicht vorgesehen	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
R Ergebnis liegt im Referenz-bereich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	➔ unverändert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	➔ unverändert	↘ verschlechtert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
H Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
U Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ unauffällig	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	➔ unverändert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	➔ unverändert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
A Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ auffällig	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	↗ verbessert	➔ unverändert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
D Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumen-tation	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	➔ unverändert	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
S Sonstiges	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

C-1.2.A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Beschluss eines Anhangs 3 (Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2021“ vom 16.06.2022 werden die Ergebnisse auf den folgenden Seiten dargestellt.

Zur bisher gewohnten Orientierung werden bei den ab Berichtsjahr 2021 erstmalig im Rahmen der DeQS-Richtlinie geführten Indikatoren die bisherigen Modulbezeichner aus dem QSKH-Verfahren beibehalten und mit den neuen Verfahrensschlüsseln im DeQS-Verfahren im Klammern ergänzt.

Modul (QSKH)	Bezeichnung	Verfahren (DeQS)	in DeQS
09/1	Herzschrittmacher-Implantation	HSMDEF-HSM-IMPL	2021
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	HSMDEF-HSM-AGGW	2021
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	HSMDEF-HSM-REV	2021
09/4	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	HSMDEF-DEFI-IMPL	2021
09/5	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	HSMDEF-DEFI-AGGW	2021
09/6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	HSMDEF-DEFI-REV	2021
10/2	Karotis-Revaskularisation	KAROTIS	2021
15/1	Gynäkologische Operationen	GYN-OP	2021
16/1	Geburtshilfe	PM-GEBH	2021
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	HGV-OSFRAK	2021
18/1	Mammachirurgie	MC	2021
DEK	Dekubitusprophylaxe	DEK	2021
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	HGV-HEP	2021
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	KCHK-AK-CHIR	2020
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	KCHK-AK-KATH	2020
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	KCHK-KC	2020
KEP	Knieendoprothesenversorgung	KEP	2021
NEO	Neonatologie	PM-NEO	2021
NET-NTX	Nierentransplantation	NET-NTX	2020
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	NET-PNTX	2020
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	PCI	2017
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	CAP	2021
TX-HTX	Herztransplantationen	TX-HTX	2020
TX-LLS	Leberlebendspenden	TX-LLS	2020
TX-LTX	Lebertransplantationen	TX-LTX	2020
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	TX-LUTX	2020
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	TX-MKU	2020
TX-NLS	Nierenlebendspenden	TX-NLS	2020

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Leitlinienkonforme Indikation**
ID 101803 QI*	Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
282 / 297	**94,95 %**	91,84 – 96,92 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,40 %	96,26 – 96,54 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizi enz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignol et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herzschrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

• Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150.

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
• Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. • McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Leitlinienkonforme Systemwahl**
ID 54140 QI*	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
262 / 264	**99,24 %**	97,28 – 99,79 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,54 %	99,49 – 99,59 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchroni sationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewer tet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Herz schrittmacher z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

• Brignole, M; Auricchio, A; Baron-Esquivias, G; Bordachar, P; Boriani, G; Breithardt, O-A; et al. (2013): 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150.

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
• Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln**
ID 52139 QI*	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
271 / 342	**79,24 %**	74,63 – 83,20 %	>= 60,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,41 %	88,20 – 88,62 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Herz schrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Herz schrittmacher-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei gerin gen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechneri sche Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.
Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Ge raedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Kran kenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Dosis-Flächen-Produkt**
ID 101800 QI*	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
30 / 30,25 Fallzahl: 294	**0,99 O / E**	0,70 – 1,38	<= 3,36 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,87	0,85 – 0,90		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
ID 52305	
QI*	Ein Index, der prüft, ob die Reizschwelle des Herzschrittmachers im akzeptablen Bereich liegt. Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten.

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
1.022 / 1.087	**94,02 %**	92,45 – 95,28 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,38 %	95,30 – 95,46 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)**
ID 101801	
QI*	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 300	**2,00 %**	0,92 – 4,29 %	<= 2,60 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,96 %	0,89 – 1,04 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Sondendislokation oder -dysfunktion**
ID 52311 QI*	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 3,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,42 %	1,34 – 1,51 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**
ID 101802	
TKez*	Die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
186 / 289	**64,36 %**	58,68 – 69,66 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	53,31 %	52,95 – 53,67 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/1 – Herzschrittmacher-Implantation (HSMDEF-HSM-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 51191 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 5,29 Fallzahl: 300	**1,32 O / E**	0,64 – 2,68	<= 3,98 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,96	0,90 – 1,02		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW)

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**
ID 52307	
QI*	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
187 / 188	**99,47 %**	97,05 – 99,91 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,64 %	98,54 – 98,72 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

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 Revi sion, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschritt machers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Prob lem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standort ebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsyste matisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Kranken haus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/2 – Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (HSMDEF-HSM-AGGW)

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 111801	**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)**
QI*	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 42	**0,00 %**	0,00 – 8,38 %	<= 2,30 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,17 %	0,12 – 0,25 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 121800 QI*	**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)** Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der eine Korrektur, ein Wechsel oder eine Entfernung des Herzschrittmachers vorgenommen wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 3,10 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,75 %	0,60 – 0,95 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 52315 QI*	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden** Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 3,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,91 %	0,70 – 1,17 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
H99	**Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen** Sonstiges rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/3 – Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation (HSMDEF-HSM-REV)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 51404 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,65 O / E**	0,45 – 5,53	<= 5,04 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,19	1,03 – 1,36		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Leitlinienkonforme Indikation**
ID 50055 QI*	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
71 / 78	**91,03 %**	82,62 – 95,58 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,97 %	91,58 – 92,34 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Indikation zur Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herz tods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Stu dien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden. Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. The Task Force for the Management of Patients with Ventricu-lar Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 36(41): 2793-2867. DOI: 10.1093/eurheartj/ehv316.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Leitlinienkonforme Systemwahl**
ID 50005 QI*	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach wissenschaftlichen Empfehlungen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
76 / 78	**97,44 %**	91,12 – 99,29 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,70 %	97,49 – 97,90 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuel len Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisati onstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären

Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäi schen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Gli kson et al. 2021, McDonagh 2021, Priori et al. 2015). In Einzelfällen kann es zu begründeten Abweichungen von den Leitlinien kommen, wenn Defibrillatoren z. B. im Rahmen von Studien bzw. bei Erprobung neuer Verfahren implantiert werden.

• 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. Eu ropean Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eu rheartj/eht150.

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
• Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auric chio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. Euro pean Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurhe artj/ehab364. • McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baum bach, A; Böhm, M; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal 42(36): 3599-3726. DOI: 10.1093/eu rheartj/ehab368. • Priori, SG; Blomström-Lundqvist, C; Mazzanti, A; Blom, N; Borggrefe, M; Camm, J; et al. (2015): 2015 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln**
ID 52131 QI*	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
71 / 87	**81,61 %**	72,19 – 88,35 %	>= 60,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	91,55 %	91,22 – 91,86 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Ag gregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

04 Dosis-Flächen-Produkt

ID 131801 QI* Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 7,74 Fallzahl: 65	**0,78 O / E**	0,36 – 1,57	<= 2,53 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,83	0,79 – 0,87		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen**
ID 52316	
QI*	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
198 / 209	**94,74 %**	90,82 – 97,04 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,26 %	96,11 – 96,40 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenann-ten 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 Defibril-lators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhaus-versorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)**
ID 131802	
QI*	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 2,50 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,86 %	0,74 – 1,00 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation (HSMDEF-DEFI-IMPL)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Sondendislokation oder -dysfunktion**
ID 52325 QI*	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 66	**0,00 %**	0,00 – 5,50 %	<= 3,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,77 %	0,66 – 0,91 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation HSMDEF-DEFI-IMPL

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden**
ID 131803	
TKez*	Die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden über die große Schlüsselbeinvene zum Herzen vorgeschoben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
41 / 66	**62,12 %**	50,06 – 72,85 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	53,76 %	53,05 – 54,48 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/4 – Implantierbare Defibrillatoren – Implantation HSMDEF-DEFI-IMPL

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 51186 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**2,73 O / E**	0,48 – 14,69	<= 6,01 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,81 – 1,16		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

09/5 – Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)

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

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden**
ID 52321	
QI*	Die Funktionsfähigkeit der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
136 / 139	**97,84 %**	93,85 – 99,26 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,92 %	98,83 – 99,00 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defi brillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einem Defibrillator-Aggregatwechsel betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen. Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J: Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart: Schattauer, 239-254. ISBN: 978-3794527267.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/5 – Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel (HSMDEF-DEFI-AGGW)

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

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 141800 QI*	**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)** Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation, bei der das Gehäuse des Schockgebers (Defibrillators) ausgetauscht wurde, auftraten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 21	**0,00 %**	0,00 – 15,46 %	<= 3,80 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,26 %	0,18 – 0,38 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

09/6 – Implantierbare Defibrillatoren – Revision/ Systemwechsel/Explantation (HSMDEF-DEFI-REV)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)**
ID 151800	
QI*	Behandlungsbedürftige Komplikationen, die während oder unmittelbar nach der Operation auftreten (z. B. Infektion der Operationswunde, ungewolltes Eintreten von Luft zwischen Lunge und Brustfell). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 2,90 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,41 %	1,16 – 1,70 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
H99	**Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen** Sonstiges rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden**
ID 52324	
QI*	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 3,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,66 %	0,48 – 0,92 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
H99	**Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen** Sonstiges rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

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

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 51196 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,12 Fallzahl: 44	**0,00 O / E**	0,00 – 3,17	<= 4,79 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,06	0,91 – 1,23		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch**
ID 603	
QI*	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
63 / 65	**96,92 %**	89,46 – 99,15 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,11 %	98,92 – 99,26 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 604 QI*	**Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch** Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
45 / 45	**100,00 %**	92,13 – 100,00 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,68 %	99,53 – 99,78 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 52240 QI*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation** Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	**0,00 %**	0,00 – 48,99 %	Sentinel Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,65 %	4,52 – 12,64 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04 ID 11704 QI*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch** Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,11 O / E**	0,38 – 3,15	<= 2,67 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,92 – 1,09		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 11724 TKez*	**Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch** Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**0,64 O / E**	0,11 – 3,49	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,00	0,90 – 1,12		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 ID 605 TKez*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch** Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 56	**0,00 %**	0,00 – 6,42 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,34 %	1,14 – 1,58 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 606 TKez*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch** Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	**0,00 %**	0,00 – 29,91 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,66 %	1,12 – 2,46 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 51859 TKez*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch** Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	3,10 %	2,75 – 3,49 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 51437 QI*	**Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt** Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
21 / 22	**95,45 %**	78,20 – 99,19 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,38 %	96,74 – 97,90 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10 ID 51443 QI*	**Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt** Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
23 / 23	**100,00 %**	85,69 – 100,00 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,27 %	98,83 – 99,55 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11 ID 51873 QI*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt** Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**0,90 O / E**	0,31 – 2,45	<= 3,04 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,90 – 1,11		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12 ID 51865 TKez*	**Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt** Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**0,77 O / E**	0,21 – 2,59	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,00	0,88 – 1,13		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13 ID 51445 TKez*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt** Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 18	**0,00 %**	0,00 – 17,59 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,99 %	1,51 – 2,62 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
14 ID 51448 TKez*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt** Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	**0,00 %**	0,00 – 48,99 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	2,93 %	1,72 – 4,96 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
15 ID 51860 TKez*	**Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt** Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	4,81 %	3,99 – 5,78 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

10/2 – Karotis-Revaskularisation (KAROTIS)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
16 ID 161800 QI*	**Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit** Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	**0,00 %**	0,00 – 39,03 %	<= 5,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,70 %	1,72 – 4,23 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation**
ID 51906	
plan. QI*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,85 O / E**	0,23 – 3,06	<= 4,18	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	0,97 – 1,09		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

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

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 12874 plan. QI*	**Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung** Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 5,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,15 %	1,04 – 1,27 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

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

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 10211 plan. QI*	**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund** Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 20,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,39 %	6,97 – 7,83 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

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

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04 ID 172000 EKez* mit Bezug zu 10211	**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund** Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	11,08 %	9,83 – 12,46 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 172001 EKez* mit Bezug zu 10211	**Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund** Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 4	**0,00 %**	0,00 – 48,99 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	13,17 %	12,08 – 14,34 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 ID 60685 QI*	**Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie** Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 77	**0,00 %**	0,00 – 4,75 %	Sentinel Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,73 %	0,65 – 0,81 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 60686 QI*	**Beidseitige Ovariektomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie** Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 43,52 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	18,88 %	18,16 – 19,62 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 612 QI*	**Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre** Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
56 / 60	**93,33 %**	84,07 – 97,38 %	>= 75,40 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	89,00 %	88,68 – 89,31 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

15/1 – Gynäkologische Operationen (GYN-OP)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden**
ID 52283	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 191	**0,00 %**	0,00 – 1,97 %	<= 6,59 % (90. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,30 %	3,19 – 3,42 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 330 plan. QI*	**Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen** Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt, dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
96 / 99	**96,97 %**	91,47 – 98,96 %	>= 95,00 %	↘ verschlechtert
Bundesergebnis	96,53 %	96,07 – 96,94 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung**
ID 50045	
plan. QI*	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
Infektions-bezug [(z)]	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
1.189 / 1.213	**98,02 %**	97,07 – 98,67 %	>= 90,00 %	↘ verschlechtert
Bundesergebnis	98,93 %	98,88 – 98,97 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

[(z)] = Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Kaiserschnittgeburt**
ID 52249 QI*	Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
1.178 / 903,78 Fallzahl: 2.366	**1,30 O / E**	1,25 – 1,36	<= 1,24 (90. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	1,01 – 1,02		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U61	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Besondere klinische Situation	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Robson-Klassifikation - Ebene 1**
ID 182000 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
106 / 369	**28,73 %**	24,35 – 33,54 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	18,54 %	18,37 – 18,71 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Robson-Klassifikation - Ebene 2**
ID 182001 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
212 / 351	**60,40 %**	55,20 – 65,38 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	45,71 %	45,40 – 46,02 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Robson-Klassifikation - Ebene 3**
ID 182002 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
21 / 384	**5,47 %**	3,60 – 8,22 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	3,69 %	3,61 – 3,78 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Robson-Klassifikation - Ebene 4**
ID 182003 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
70 / 243	**28,81 %**	23,48 – 34,80 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	20,97 %	20,66 – 21,28 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Robson-Klassifikation - Ebene 5**
ID 182004 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
338 / 419	**80,67 %**	76,62 – 84,16 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	70,68 %	70,41 – 70,95 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Robson-Klassifikation - Ebene 6**
ID 182005 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
78 / 88	**88,64 %**	80,33 – 93,71 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	92,67 %	92,30 – 93,01 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10	**Robson-Klassifikation - Ebene 7**
ID 182006 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
52 / 59	**88,14 %**	77,48 – 94,13 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	86,54 %	85,92 – 87,13 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11	**Robson-Klassifikation - Ebene 8**
ID 182007	Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden
EKez*	
mit Bezug zu 52249	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
222 / 303	**73,27 %**	68,02 – 77,94 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	75,10 %	74,58 – 75,61 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12	**Robson-Klassifikation - Ebene 9**
ID 182008 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
14 / 14	**100,00 %**	78,47 – 100,00 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	100,00 %	99,87 – 100,00 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13	**Robson-Klassifikation - Ebene 10**
ID 182009 EKez* mit Bezug zu 52249	Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
190 / 326	**58,28 %**	52,86 – 63,51 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	43,84 %	43,35 – 44,34 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS ver-bundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
14	**E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten**
ID 1058 plan. QI*	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 53	**0,00 %**	0,00 – 6,76 %	Sentinel Event (y)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,22 %	0,14 – 0,33 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

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

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
15	**Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)**
ID 321 TKez*	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 1.834	**0,22 %**	0,08 – 0,56 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,22 %	0,21 – 0,24 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
16	**Azidose bei reifen Einlingen**
ID 51397 TKez*	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 5,01 Fallzahl: 1.834	**0,80 O / E**	0,31 – 2,05	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,96	0,91 – 1,01		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
17	**Azidose bei frühgeborenen Einlingen**
ID 51831 QI*	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,31 O / E**	0,45 – 3,80	<= 3,94 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	0,92 – 1,15		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
18	**Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten**
ID 318 plan. QI*	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
266 / 274	**97,08 %**	94,35 – 98,51 %	>= 90,00 %	↘ verschlechtert
Bundesergebnis	97,17 %	96,95 – 97,38 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
19	**Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen**
ID 51803 plan. QI*	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
27 / 14,82 Fallzahl: 2.002	**1,82 O / E**	1,25 – 2,64	<= 2,32	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,98 – 1,04		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
20 ID 51808 plan. KKez* mit Bezug zu 51803	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern** Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 1,62 Fallzahl: 2.002	**2,48 O / E**	0,96 – 6,35	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,40	1,24 – 1,58		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahl (plan. KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
21 ID 51813 plan. KKez* mit Bezug zu 51803	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit 5-Minuten-Apgar unter 5** Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 4,22 Fallzahl: 1.984	**1,89 O / E**	0,96 – 3,73	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,06	1,01 – 1,12		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahl (plan. KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
22 ID 51818 plan. KKez* mit Bezug zu 51803	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Base Excess unter -16** Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 4,86 Fallzahl: 1.984	**2,06 O / E**	1,12 – 3,78	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,90	0,86 – 0,95		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahl (plan. KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
23 ID 51823 plan. KKez* mit Bezug zu 51803	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit Azidose (pH < 7,00)** Neugeborene, die sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 4,13 Fallzahl: 1.985	**1,21 O / E**	0,52 – 2,83	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,04	0,99 – 1,09		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Planungsrelevante kalkulatorische Kennzahl (plan. KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
24	**Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV**
ID 181800 QI*	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,61 O / E**	0,11 – 3,45	<= 2,96 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,81	0,74 – 0,88		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
25 ID 181801 KKez* mit Bezug zu 181800	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten** Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**1,41 O / E**	0,25 – 7,95	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,81	0,73 – 0,90		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

16/1 – Geburtshilfe (PM-GEBH)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
26 ID 181802 KKez* mit Bezug zu 181800	**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten** Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der vaginal-operativen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,93 Fallzahl: 226	**0,00 O / E**	0,00 – 4,08	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,81	0,71 – 0,93		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Präoperative Verweildauer**
ID 54030	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 15,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	9,11 %	8,88 – 9,35 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Sturzprophylaxe**
ID 54050 QI*	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 7	**100,00 %**	64,57 – 100,00 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,54 %	97,40 – 97,67 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Gehunfähigkeit bei Entlassung**
ID 54033 QI*	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,91 O / E**	0,68 – 4,07	<= 2,36 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,09	1,07 – 1,11		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04 ID 54029 QI*	**Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehllagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 5,88 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,85 %	1,75 – 1,96 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U62	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 54042 QI*	**Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,41 O / E**	0,25 – 6,12	<= 2,46 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,08	1,06 – 1,11		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

17/1 – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (HGV-OSFRAK)

Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06 ID 54046 TKez*	**Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,28 Fallzahl: 13	**0,00 O / E**	0,00 – 10,56	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,05	1,02 – 1,09		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation**
ID 54001	
QI*	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
52 / 56	**92,86 %**	83,02 – 97,19 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,65 %	97,57 – 97,72 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 54002 QI*	**Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
26 / 27	**96,30 %**	81,72 – 99,34 %	>= 86,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,06 %	91,65 – 92,45 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Präoperative Verweildauer**
ID 54003	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 15,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	8,82 %	8,60 – 9,05 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sturzprophylaxe**
ID 54004 QI*	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
55 / 59	**93,22 %**	83,82 – 97,33 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,09 %	97,01 – 97,17 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 54015 QI*	**Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,69 O / E**	0,19 – 2,06	<= 2,25 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	1,01 – 1,05		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation**
ID 54016	
QI*	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 6,67 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,44 %	1,39 – 1,50 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 54017 QI*	**Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 19,43 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,48 %	7,08 – 7,90 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 54018 QI*	**Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur** Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 19	**0,00 %**	0,00 – 16,82 %	<= 11,11 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,69 %	4,53 – 4,86 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation**
ID 54019	
QI*	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 7,59 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,31 %	2,24 – 2,38 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10 ID 54120 QI*	**Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 3,01 Fallzahl: 27	**2,65 O / E**	1,42 – 4,34	<= 1,98 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,95 – 1,03		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U62	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11	**Implantatassoziierte Komplikationen**
ID 191800 KKez* mit Bezug zu 54120	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine Implantatfehllage, periprothetische Fraktur oder Endoprothesenluxation), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,54 O / E**	0,43 – 4,87	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,06	1,00 – 1,12		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12	**Weichteilkomplikationen**
ID 191801 KKez* mit Bezug zu 54120	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. eine postoperative Wundinfektion, Nekrose der Wundränder, Gefäßläsion, Nervenschaden, Nachblutung oder Wundhämatom), die direkt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 1,73 Fallzahl: 25	**3,46 O / E**	1,66 – 6,27	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,94	0,88 – 0,99		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13	**Gehunfähigkeit bei Entlassung**
ID 54012 QI*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,83 O / E**	0,28 – 2,31	<= 2,56 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,06	1,04 – 1,09		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
14 ID 54013 QI*	**Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 56	**0,00 %**	0,00 – 6,42 %	Sentinel Event (y)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,05 %	0,04 – 0,06 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

HEP – Hüftendoprothesenversorgung (HGV-HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
15	**Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur**
ID 191914 TKez*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**0,93 O / E**	0,26 – 2,77	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,04	1,01 – 1,08		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation**
ID 54020	
QI*	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
59 / 59	**100,00 %**	93,89 – 100,00 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,97 %	97,89 – 98,05 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Indikation zur unikondylären Schlittenprothese**
ID 54021 QI*	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
43 / 44	**97,73 %**	88,19 – 99,60 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,52 %	97,31 – 97,72 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel**
ID 54022	
QI*	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
22 / 23	**95,65 %**	79,01 – 99,23 %	>= 86,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,25 %	91,75 – 92,72 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**
ID 54123	
QI*	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)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 4,55 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,07 %	1,02 – 1,12 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05 ID 50481 QI*	**Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** 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)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 23	**17,39 %**	6,98 – 37,14 %	<= 11,45 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,20 %	2,90 – 3,54 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
H99	**Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen** Sonstiges rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation**
ID 54124	
QI*	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 103	**0,00 %**	0,00 – 3,60 %	<= 4,20 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00 %	0,95 – 1,05 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 54125 QI*	**Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel** Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 14,29 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,19 %	3,84 – 4,56 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Gehunfähigkeit bei Entlassung**
ID 54028 QI*	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,72 O / E**	0,30 – 9,43	<= 5,66 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,22	1,15 – 1,31		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

KEP – Knieendoprothesenversorgung (KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 54127 QI*	**Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. – Komponentenwechsel** Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Sentinel Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,04 %	0,03 – 0,05 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U62	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

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

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**
ID 51846 QI*	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
172 / 176	**97,73 %**	94,30 – 99,11 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,10 %	97,99 – 98,19 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 52330 plan. QI*	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung** Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
43 / 43	**100,00 %**	91,80 – 100,00 %	>= 95,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	99,44 %	99,32 – 99,54 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung**
ID 52279	
plan. QI*	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
111 / 111	**100,00 %**	96,65 – 100,00 %	>= 95,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	98,90 %	98,77 – 99,01 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Primäre Axilladissektion bei DCIS**
ID 2163 plan. QI*	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezuvollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 26	**0,00 %**	0,00 – 12,87 %	Sentinel Event (y)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,09 %	0,04 – 0,19 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

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 gemäß § 11 plan. QI-RL 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 gemäß § 12 plan. QI-RL erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: **https://www.g-ba.de/richtlinien/91**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Planungsrelevanter Qualitätsindikator (plan. QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) des G-BA

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

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie**
ID 50719	
QI*	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 5,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,17 %	3,67 – 4,74 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie**
ID 51847 QI*	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 16	**100,00 %**	80,64 – 100,00 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,11 %	96,92 – 97,29 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07 ID 51370 QI*	**Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation** Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 9,52 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	2,54 %	2,41 – 2,68 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Nachresektionsrate**
ID 60659 QI*	Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden Sicherheitsabstand entfernt wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
12 / 142	**8,45 %**	4,90 – 14,19 %	<= 22,48 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,67 %	10,42 – 10,92 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

18/1 – Mammachirurgie (MC)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09 ID 211800 QI*	**Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS** Nach der Operation, bei der ein bösartiger Tumor entfernt wurde, sind alle wichtigen Befunde dazu von Behandelnden in einer Konferenz besprochen worden, bei der die wesentlichen für Brustkrebs verantwortlichen Fachbereiche teilnehmen, um die weitere Therapie abzustimmen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
169 / 169	**100,00 %**	97,78 – 100,00 %	>= 97,41 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,46 %	99,40 – 99,52 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01 ID 52009 QI*	**Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)** Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
278 / 147,61 Fallzahl: 51024	**1,88 O / E**	1,68 – 2,12	<= 2,28 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	1,04 – 1,06		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2**
ID 52326 TKez*	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einer Abschürfung, einer Blase, einem Hautverlust, von dem die Oberhaut und/oder die Lederhaut betroffen ist, oder einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
130 / 51.024	**0,25 %**	0,21 – 0,30 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,34 %	0,33 – 0,34 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3**
ID 521801 TKez*	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe bis zur darunterliegenden Faszie geschädigt wurde oder abgestorben ist (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
146 / 51.024	**0,29 %**	0,24 – 0,34 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,06 %	0,06 – 0,06 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet**
ID 521800	
TKez*	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 51.024	**0,00 %**	0,00 – 0,01 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,01 %	0,00 – 0,01 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Nach aktuellen Kenntnissen kann die Klassifikation eines Dekubitus so wohl nach der WHO (DIMDI) wie auch nach NPUP/EPUAP erfolgen. Die Klassifikation nach EPUAP/NPUAP beschreibt die Kategorien „Kei ner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt“ und „vermutete Tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt“. Eine vermu tete tiefe Gewebeschädigung kann daher als Dekubitus, Stadium nicht näher bezeichnet dokumentiert worden sein.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

DEK – Dekubitusprophylaxe (DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4**
ID 52010 QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Sentinel Event [y]	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,00 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U62	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Kommentar der Pflegedirektion

Bei den Fällen mit einem inhouse erworbenen Dekubitus der Kategorie 4 handelt es sich um besonders schwere Einzelfälle. Diese wurden der Landesarbeitsgemeinschaft DeQS NRW bei der Ärztekammer Nordrhein zur Prüfung vorgestellt. Es gab keine Beanstandung der pflegerischen Qualität.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

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

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen**
ID 51070	
QI*	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	Sentinel Event (y)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,20 %	0,17 – 0,23 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U62	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

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

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 51832 TKez*	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)** Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	3,57 %	3,19 – 3,99 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen**
ID 51837	
TKez*	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,23 O / E**	0,04 – 1,24	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,12	1,00 – 1,25		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)**
ID 51076	
TKez*	Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 116	**6,03 %**	2,95 – 11,93 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	2,81 %	2,47 – 3,19 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)**
ID 50050	
TKez*	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 4,27	**1,64 O / E**	0,80 – 3,25	Nicht definiert	–
Fallzahl: 116				
Bundesergebnis	0,94	0,83 – 1,07		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)**
ID 51838 TKez*	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,93 %	1,67 – 2,24 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel. Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)**
ID 51843 TKez*	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**0,39 O / E**	0,07 – 2,17	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,08	0,93 – 1,25		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)**
ID 51079 TKez*	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 97	**8,25 %**	4,24 – 15,44 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	5,40 %	4,85 – 6,01 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)**
ID 50053 TKez*	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 7,49 Fallzahl: 97	**1,07 O / E**	0,55 – 2,00	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,98	0,88 – 1,09		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10	**Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)**
ID 51078	
TKez*	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	3,67 %	3,13 – 4,30 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11	**Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)**
ID 50052 TKez*	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut der Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**0,64 O / E**	0,18 – 2,21	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,10	0,94 – 1,29		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12	**Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung**
ID 51901 QI*	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 16,89 Fallzahl: 125	**0,95 O / E**	0,59 – 1,46	<= 2,29 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,04	0,97 – 1,10		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mor talität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühge borene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen lenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität mög lich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13 ID 51136 KKez* mit Bezug zu 51901	**Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen** Frühgeborene, die verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**0,23 O / E**	0,04 – 1,24	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,12	1,00 – 1,25		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
14	**Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)**
ID 51141	
KKez* mit Bezug zu 51901	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Hirnblutung hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 3,28 Fallzahl: 115	**1,83 O / E**	0,85 – 3,83	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,91	0,78 – 1,07		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
15	**Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)**
ID 51146 KKez* mit Bezug zu 51901	Frühgeborene, die eine eine schwerwiegende Schädigung des Darms hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**0,54 O / E**	0,10 – 2,98	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,04	0,87 – 1,24		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
16	**Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)**
ID 51156 KKez* mit Bezug zu 51901	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Lunge hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 6,10 Fallzahl: 90	**1,31 O / E**	0,67 – 2,44	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,98	0,87 – 1,10		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
17	**Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)**
ID 51161 KKez* mit Bezug zu 51901	Frühgeborene, die eine schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1,25 Fallzahl: 55	**0,00 O / E**	0,00 – 2,88	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,28	1,03 – 1,58		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Kalkulatorische Kennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
18	**Nosokomiale Infektion**
ID 50060 QI* Infektions-bezug [(z)]	Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
12 / 13,40 Fallzahl: 844	**0,90 O / E**	0,51 – 1,55	<= 2,47 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,93	0,87 – 1,00		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[(z)] = Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
19	**Pneumothorax unter oder nach Beatmung**
ID 50062 QI*	Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 19,59 Fallzahl: 750	**0,41 O / E**	0,21 – 0,80	<= 2,31 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,94	0,88 – 1,01		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
20	**Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax**
ID 222000 EKez* mit Bezug zu 50062	Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,96 %	0,86 – 1,07 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
21	**Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion**
ID 222001 EKez* mit Bezug zu 50062	Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 750	**0,00 %**	0,00 – 0,51 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,17 %	0,13 – 0,22 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
22 ID 222002 EKez* mit Bezug zu 50062	**Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage** Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 750	**0,93 %**	0,45 – 1,91 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,40 %	1,28 – 1,54 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist das Qualitätsergebnis nicht mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
23	**Zunahme des Kopfumfangs**
ID 52262	Wachstum des Kopfes
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
37 / 155	**23,87 %**	17,84 – 31,16 %	<= 21,90 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	10,06 %	9,54 – 10,60 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
H99	**Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen** Sonstiges rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
24	**Durchführung eines Hörtests**
ID 50063	Ein Hörtest wurde durchgeführt
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
958 / 998	**95,99 %**	94,59 – 97,04 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,30 %	98,21 – 98,38 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
25	**Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen**
ID 50069	
QI*	Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
16 / 6,79 Fallzahl: 123	**2,36 O / E**	1,48 – 3,64	<= 2,55 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,86	0,77 – 0,95		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NEO – Neonatologie (PM-NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
26	**Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen**
ID 50074	
QI*	Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
38 / 28,44 Fallzahl: 880	**1,34 O / E**	0,98 – 1,82	<= 2,04 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,94	0,91 – 0,98		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie**
ID 2005 QI*	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
231 / 231	**100,00 %**	98,36 – 100,00 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,13 %	99,09 – 99,16 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02 ID 2006 TKez*	**Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)** Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
158 / 158	**100,00 %**	97,63 – 100,00 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	99,16 %	99,13 – 99,20 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 2007 TKez*	**Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)** Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
73 / 73	**100,00 %**	95,00 – 100,00 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	98,44 %	98,24 – 98,62 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04 ID 232000 EKez* mit Bezug zu 2005	**Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)** Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
73 / 73	**100,00 %**	95,00 – 100,00 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	98,90 %	98,85 – 98,95 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)**
ID 232001 EKez* mit Bezug zu 2006	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
63 / 63	**100,00 %**	94,25 – 100,00 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	98,95 %	98,89 – 99,00 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)**
ID 232002 EKez* mit Bezug zu 2007	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 10	**100,00 %**	72,25 – 100,00 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	97,81 %	97,41 – 98,15 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme**
ID 2009 QI*	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
53 / 56	**94,64 %**	85,39 – 98,16 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	90,98 %	90,82 – 91,14 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08 ID 232003 EKez* mit Bezug zu 2009	**Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)** Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
92 / 145	**63,45 %**	55,36 – 70,85 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	66,88 %	66,70 – 67,06 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Frühmobilisation nach Aufnahme**
ID 2013 QI*	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
51 / 55	**92,73 %**	82,74 – 97,14 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	92,44 %	92,29 – 92,59 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10	**Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)**
ID 232004 EKez* mit Bezug zu 2013	Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
14 / 15	**93,33 %**	70,18 – 98,81 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	92,77 %	92,56 – 92,97 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11	**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**
ID 2028	
QI*	Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
137 / 137	**100,00 %**	97,27 – 100,00 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,55 %	96,47 – 96,63 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
12 ID 232005 EKez* mit Bezug zu 2028	**Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)** Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt werden, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
40 / 40	**100,00 %**	91,24 – 100,00 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	95,74 %	95,61 – 95,86 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
13	**Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung**
ID 2036 TKez*	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
137 / 137	**100,00 %**	97,27 – 100,00 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	98,78 %	98,74 – 98,83 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
14 ID 232006 EKez* mit Bezug zu 2036	**Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)** Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
40 / 40	**100,00 %**	91,24 – 100,00 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	98,66 %	98,58 – 98,73 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
15	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 50778 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 7,69 Fallzahl: 65	**1,43 O / E**	0,82 – 2,35	<= 2,01 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	1,00 – 1,03		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
16	**Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)**
ID 232007 EKez* mit Bezug zu 50778	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
34 / 25,97 Fallzahl: 215	**1,31 O / E**	0,96 – 1,76	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,02	1,01 – 1,03		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
17	**Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)**
ID 232010 EKez* mit Bezug zu 50778	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind und für die COVID-19 dokumentiert wurde

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
23 / 18,28 Fallzahl: 150	**1,26 O / E**	0,86 – 1,80	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,02	1,00 – 1,03		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	– (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	–

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
18	**Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)**
ID 231900	
TKez*	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt.

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
17 / 73	**23,29 %**	15,08 – 34,17 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	17,66 %	17,46 – 17,85 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
19 ID 232008 EKez* mit Bezug zu 231900	**Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)** Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
48 / 231	**20,78 %**	16,05 – 26,47 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	18,18 %	18,04 – 18,31 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
20	**Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme**
ID 50722 QI*	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
194 / 203	**95,57 %**	91,79 – 97,65 %	>= 95,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,72 %	96,66 – 96,78 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie (CAP)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
21 ID 232009 EKez* mit Bezug zu 50722	**Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)** Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen. Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
61 / 64	**95,31 %**	87,10 – 98,39 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	96,66 %	96,57 – 96,75 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Ergebiskennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung ist keine Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen möglich. Dies trifft keine Aussage über eine Anpassung der Rechenregel.

* = Ergebiskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-HTX – Herztransplantationen

Herztransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2157 QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
k. A.	**–**	–	<= 20,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	12,06 %	8,92 – 16,12 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
S92	**Sonstiges** Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-HTX – Herztransplantationen

Herztransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**
ID 12253 QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	>= 75,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	80,63 %	74,44 – 85,61 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren TX-HTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Ver gleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

TX-HTX – Herztransplantationen

Herztransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)**
ID 51629	
QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	>= 75,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	65,81 %	59,52 – 71,59 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren TX-HTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems**
ID 251800	
QI*	Patientinnen und Patienten, die nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**2,67 O / E**	1,00 – 4,33	<= 1,36	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,94	0,81 – 1,07		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U99	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Das Krankenhaus hat Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Zusätzlich wurden dem Krankenhaus weitere Hinweise zu möglichen Verbesserungspotentialen gegeben.	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens**
ID 251801	
QI*	Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens in dem Krankenhaus versterben

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
1,12 / 6	**18,74 %**	12,55 – 33,03 %	<= 35,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	23,06 %	22,49 – 24,19 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD**
ID 52385	
QI*	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 20,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	6,75 %	5,13 – 8,84 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04 ID 52386 TKez*	**Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD** Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	**–**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	7,14 %	1,27 – 31,47 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH**
ID 52387 TKez*	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	**–**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 48,99 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Sepsis bei Implantation eines LVAD**
ID 52388 QI* Infektions-bezug [z]	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	<= 18,99 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	8,58 %	6,74 – 10,87 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
U99	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig** Dem Krankenhaus wurden Hinweise zu möglichen Verbesserungspotentialen gegeben.	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

[z] = Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Sepsis bei Implantation eines BiVAD**
ID 52389 TKez*	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	**–**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	14,29 %	4,01 – 39,94 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Sepsis bei Implantation eines TAH**
ID 52390 TKez*	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	**–**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	50,00 %	15,00 – 85,00 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD**
ID 52391 QI*	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 6	**0,00 %**	0,00 – 39,03 %	<= 5,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,42 %	0,14 – 1,23 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10	**Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD**
ID 52392 TKez*	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	**–**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	7,14 %	1,27 – 31,47 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
11	**Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH**
ID 52393 TKez*	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	**–**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 48,99 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Intraprozedurale Komplikationen**
ID 382000 QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 2,70 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,77 %	0,58 – 1,03 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation**
ID 382009	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 2,23 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,58 %	0,41 – 0,82 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**
ID 382005	
TKez*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	2,39 %	2,03 – 2,81 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 382006 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**1,30 O / E**	0,44 – 3,68	<= 2,85 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,88 – 1,16		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Intraprozedurale Komplikationen**
ID 372000 QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 471	**1,70 %**	0,86 – 3,32 %	<= 3,78 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,67 %	1,51 – 1,84 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts**
ID 372001	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 471	**1,70 %**	0,86 – 3,32 %	<= 2,90 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,06 %	0,94 – 1,20 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation**
ID 372009	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 1,94 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,68 %	0,57 – 0,80 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation**
ID 372005	
TKez*	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 465	**0,86 %**	0,34 – 2,19 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,89 %	1,73 – 2,08 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 372006 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 7,88 Fallzahl: 471	**0,63 O / E**	0,27 – 1,47	<= 2,14 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,01	0,93 – 1,11		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna**
ID 352000 QI*	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
401 / 421	**95,25 %**	92,78 – 96,90 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,57 %	95,30 – 95,82 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation**
ID 352010	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 1,94 % (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,72 %	0,61 – 0,84 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 352006 TKez*	**Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation** Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 380	**1,84 %**	0,90 – 3,75 %	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	1,95 %	1,77 – 2,15 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 352007 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 9,02 Fallzahl: 423	**1,44 O / E**	0,85 – 2,43	<= 2,10 (95. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,09	1,02 – 1,16		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Tod durch operative Komplikationen**
ID 2097 QI*	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 8	**0,00 %**	0,00 – 32,44 %	<= 5,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,89 %	0,43 – 1,82 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2096 QI*	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 8	**0,00 %**	0,00 – 32,44 %	<= 20,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	11,01 %	9,02 – 13,39 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**
ID 12349 QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	>= 70,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	82,02 %	78,67 – 84,95 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Der Fall wurde bereits im Vorjahr evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren TX-LTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)**
ID 51596	
QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	>= 70,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	78,20 %	74,73 – 81,32 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
S99	**Sonstiges** Der Fall wurde bereits im Vorjahr evaluiert.	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren TX-LTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

TX-LTX – Lebertransplantationen

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Postoperative Verweildauer**
ID 2133	Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 8	**0,00 %**	0,00 – 32,44 %	<= 30,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	24,86 %	21,82 – 28,17 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

TX-NLS – Nierenlebendspenden

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

01 Intra- oder postoperative Komplikationen

ID 51567 Komplikationen während oder nach der Operation
QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 10,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,89 %	1,00 – 3,55 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

TX-NLS – Nierenlebendspenden

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 2137 QI*	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 49	**0,00 %**	0,00 – 7,27 %	Sentinel Event (y)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,80 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

TX-NLS – Nierenlebendspenden

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich**
ID 2138	
QI*	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 49	**0,00 %**	0,00 – 7,27 %	Sentinel Event [y]	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,80 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Intra- oder postoperative Komplikationen**
ID 572016	Komplikationen während oder nach der Operation
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
14 / 95	**14,74 %**	8,99 – 23,23 %	<= 25,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	9,78 %	8,52 – 11,20 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 572017 QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 95	**0,00 %**	0,00 – 3,89 %	<= 5,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	1,21 %	0,81 – 1,81 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status**
ID 572018 QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
53 / 55	**96,36 %**	87,68 – 99,00 %	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,66 %	95,52 – 97,52 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren NET-NTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung**
ID 572022	
QI*	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
42 / 46	**91,30 %**	79,68 – 96,57 %	>= 60,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	79,23 %	77,03 – 81,27 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung**
ID 572023	
QI*	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
48 / 49	**97,96 %**	89,31 – 99,64 %	>= 90,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,14 %	92,81 – 96,74 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)**
ID 572024	
QI*	Die transplantierte Niere funktionierte 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut (nach Transplantation einer Niere von einer verstorbenen Organspenderin / einem verstorbenen Organspender)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
27 / 33	**81,82 %**	65,61 – 91,39 %	>= 66,88 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	82,33 %	79,76 – 84,65 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)**
ID 572025	
QI*	Die transplantierte Niere funktionierte 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut (nach Transplantation einer Niere von einer lebenden Organspenderin / einem lebenden Organspender)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
37 / 42	**88,10 %**	75,00 – 94,81 %	>= 88,10 % (5. Perzentil)	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	94,59 %	91,62 – 96,55 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen** Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation**
ID 572026	
TKez*	Die transplantierte Niere funktionierte ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
45 / 50	**90,00 %**	78,64 – 95,65 %	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	86,61 %	84,52 – 88,47 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	–	–
	(Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept** Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren NET-NTX konnten ür das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

NET-NTX – Nierentransplantation

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation**
ID 572032	
QI*	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation auf zu funktionieren

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	**– %**	–	<= 17,07 %	◆
Datenschutz (x)			(90. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	11,14 %	9,54 – 12,96 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren NET-NTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Sterblichkeit im Krankenhaus**
ID 572036 QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 5,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	3,65 %	1,57 – 8,26 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

02 1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status

ID 572037 QI*

Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,31 %	87,10 – 98,39 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren NET-PNTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)**
ID 572038	
QI*	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	>= 90,00 %	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	89,71 %	80,24 – 94,92 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Die Follow-up Qualitätsindikatoren zum Verfahren NET-PNTX konnten für das Erfassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung**
ID 572043 QI*	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz [x]	**– %**	–	>= 75,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	78,79 %	71,05 – 84,90 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

[x] = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.

NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)**
ID 572044	
TKez*	Die Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	Nicht definiert	**–**
Bundesergebnis	78,79 %	67,49 – 86,92 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–	**–** (Transparenzkennzahlen werden nicht bewertet)	**–**

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept**
Die Follow-up Kennzahl zum Verfahren NET-PNTX konnte für das Er fassungsjahr 2020 nicht ausgewertet werden, weshalb ein Vergleich mit den Vorjahresergebnissen nicht möglich ist.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

06 Entfernung des Pankreastransplantats

ID 572047 QI*

Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 20,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	17,52 %	12,06 – 24,74 %		

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zum Expertengremium auf Bundesebene im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	➔ unverändert

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
01	**Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie**
ID 56000	
QI*	Bei Patientinnen und Patienten mit symptomatischen Beschwerden oder messbaren Durchblutungsstörungen war eine geplante Herzkatheteruntersuchung nach wissenschaftlichen Empfehlungen auch erforderlich.

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
618 / 705	**87,66 %**	85,08 – 89,93 %	>= 36,30 % (5. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	61,88 %	61,68 – 62,08 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund**
ID 56001	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen die medizinischen Gründe für die Herzkatheteruntersuchung nicht durch einen krankhaften Befund bestätigt werden konnten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
145 / 522	**27,78 %**	24,07 – 31,74 %	<= 44,87 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	29,94 %	29,74 – 30,15 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03 ID 56003 QI*	**Door-to-balloon-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST- Hebungsinfarkt** Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
71 / 89	**79,78 %**	70,56 – 87,09 %	>= 63,22 % (5. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	74,55 %	74,09 – 75,01 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

01 Door-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

ID 56004
QI*

Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenkhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz (x)	**– %**	–	<= 8,78 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	3,21 %	3,03 – 3,40 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenre-gel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nicht mit den Vorjahresergebnissen ver-gleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpas-sungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**/

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

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

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
02	**Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm²**
ID 56005	
QI*	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Herzkatheteruntersuchungen lag über dem Schwellenwert von 2.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
464 / 129,34 Fallzahl: 1.082	**3,59 O / E**	3,27 – 3,93	<= 1,60 (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,90	0,89 – 0,91		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
H99	**Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen** Sonstiges rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnis-sen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
03	**Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm²**
ID 56006	
QI*	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 9,87 Fallzahl: 49	**1,32 O / E**	0,74 – 2,19	<= 1,14 (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,93	0,90 – 0,95		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
04	**Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm²**
ID 56007	
QI*	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Untersuchungen und Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 5.500 cGy x cm² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
299 / 118,76 Fallzahl: 670	**2,52 O / E**	2,24 – 2,82	<= 1,54 (95. Perzentil)	↘ verschlechtert
Bundesergebnis	0,92	0,91 – 0,93		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
A72	**Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig** Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

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

Die besonderen Charakteristika unseres Patientenkollektivs (schwere Begleit-erkrankungen, besonders komplexe Eingriffe) haben einen relevanten Einfluss auf die benötigte Strahlendosis. Zudem sind die bisher eingesetzten Anlagen noch nicht mit den modernsten Techniken zur Reduzierung der Strahlung ausgestattet gewesen. Eine neue Anlage wurde bereits im November 2022 in Betrieb genommen, ab Januar 2023 beginnt die Modernisierung der übrigen Anlagen auf den neuesten Stand der Technik.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

→

Fachlicher Hinweis des IQTIG
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**
Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren**/

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
05	**Dosis-Flächen-Produkt unbekannt**
ID 56008 QI*	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1.801	**0,00 %**	0,00 – 0,14 %	<= 0,25 % (90. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,24 %	0,23 – 0,25 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
06	**Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml**
ID 56009	
QI*	Herzkatheteruntersuchungen, bei denen mehr als 150 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
39 / 1.082	**3,60 %**	2,61 – 4,84 %	<= 7,60 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	4,76 %	4,70 – 4,82 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
07	**Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml**
ID 56010 QI*	Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
7 / 49	**14,29 %**	6,62 – 26,01 %	<= 24,94 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	18,19 %	17,71 – 18,68 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
08	**Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml**
ID 56011 QI*	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
60 / 670	**8,96 %**	6,97 – 11,29 %	<= 19,27 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	11,14 %	11,03 – 11,26 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
09	**Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt**
ID 56014	
QI*	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
112 / 118	**94,92 %**	89,82 – 97,85 %	>= 93,26 % (5. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	93,25 %	93,00 – 93,49 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

PCI – Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
10	**Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI**
ID 56016 QI*	Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen Eingriffen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
558 / 601	**92,85 %**	90,58 – 94,70 %	>= 93,53 % (5. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	95,07 %	94,99 – 95,16 %		

Kategorie	Bewertung durch LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
R10	**Ergebnis liegt im Referenzbereich** Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich	◆ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/methodische-grundlagen**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierten Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: **https://iqtig.org/qs-verfahren/**

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

C-1.2.B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 sind an dieser Stelle („Tabelle B“) keine Qualitätsindikatoren angegeben.

C-1.2.C Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. September 2021 ist eine Veröffentlichung dieser Ergebnisse nicht vorgesehen.

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

Trifft nicht zu.

In Nordrhein-Westfalen gibt es kein Verfahren zur externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V, das auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgeht.

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

Trifft nicht zu.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Neben verschiedenen fachabteilungsspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie z. B. der NeoKiss-Erhebung (Surveillance System nosokomialer Infektionen für Frühgeborene auf Intensivstationen) nimmt die Universitätsklinik Köln an keinen weiteren Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung teil. Diese Verfahren waren bis 2003 im Rahmen des „BQS-Verfahrens“ (externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (a. F.) verpflichtend, werden aber seitdem nicht mehr weiterentwickelt.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2021 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20	9	MM08
	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.		
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25	94	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	10	233	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	117	nein
Stammzelltransplantation	25	217	nein
Knie-Totalendoprothesen	50	63	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g)	14	120	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)	–	–

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge. Dementsprechend sind auch noch keine Kriterien definiert, anhand derer sich die Menge zählen ließe.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt:

Leistungsbereich	Leistungsberechtigung
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	ja
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	ja
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	ja
Stammzelltransplantation	ja
Knie-Totalendoprothesen	ja
Versorgung von Früh- und Neugeborenen	ja
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Leistungsbereich	Bestätigte Prognose[1]	Erbrachte Menge 2021	Menge Quartal 3-4 & 1-2[2]
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20	9	13
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25	94	81
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	10	233	213
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	117	120
Stammzelltransplantation	25	217	196
Knie-Totalendoprothesen	50	63	46
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g)	14	120	136
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)	–	–

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge. Dementsprechend sind auch noch keine Kriterien definiert, anhand derer sich die Menge zählen ließe.

[1] Hier wird angegeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen bei der Prognoseprüfung gemäß § 5 Absatz 5 und 6 Mm-R bestätigt wurde.

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

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt:

Leistungsbereich	Ausnahmetatbestand
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	nein
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Stammzelltransplantation	nein
Knie-Totalendoprothesen	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g)	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden :

Leistungsbereich	Ausnahmetatbestand
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	nein
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	nein
Stammzelltransplantation	nein
Knie-Totalendoprothesen	nein
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g)	nein
Koronarchirurgische Eingriffe	(*)

(*) = Die Aufnahme der koronarchirurgischen Eingriffe in den Katalog zu den Mindestmengenregelungen erfolgt vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma
	In der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie sind alle personellen, infrastrukturellen und logistischen Voraussetzungen für die stationäre Versorgung von Bauchaortenaneurysmen realisiert. Mit allen Verfahren vertrautes fachärztl. und erfahrenes ärztl. Personal auf den Stationen sowie Pflegefachkräfte in der Intensivpflege betreuen die Pat. Ein dem technischen Stand entsprechender OP-Saal mit invasivem Kreislaufmonitoring und intraoperativer bildgebender Diagnostik ist jederzeit einsatzbereit.
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten
	Die Pädiatrische Onkologie und Hämatologie erfüllt alle Anforderungen: Facharztqualifikationen, Visiten- und Rufdienst, fachliche Qualifikation im Pflegedienst, multiprofessionelles Team, Psychosozialdienst, abteilungsinterne Besprechungen, Tumorkonferenzen, Information an hausärztlichen Vertragsarzt, Anforderungen an Einrichtungen und Dienstleistungen, Notfallversorgung, Referenzdiagnostik, Fort- und Weiterbildung, Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität.
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde
	In der Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin sind alle personellen, infrastrukturellen und logistischen Voraussetzungen für die Behandlung des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC) und solider Lungenrundherde durch ein PET gegeben.
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1
	Die neonatologische Intensivstation erfüllt zusammen mit den Bereichen der Geburtshilfe und der Pränataldiagnostik alle personellen, fachlichen und infrastrukturellen Anforderungen an ein Perinatalzentrum Level I. Sie versorgt im deutschlandweiten Vergleich viele Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht < 1250 g (in 2021 120 Kinder). Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Versorgung von Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht < 1000 g. Die Nachsorge erfolgt über das Sozialpädiatrische Zentrum.
	Weiterführende standortbezogene Informationen unter: **www.perinatalzentren.org**
	Der ‚klärende Dialog' ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht vollumfänglich erfüllt haben

Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß Nummer I.2.2 bzw. Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt. (QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)	ja
Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL teil.	ja
Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL abgeschlossen:	nein

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
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 (Änderung mit Beschluss vom 15. Juli 2021, siehe CQ29)
	Die Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin erfüllt alle Anforderungen: Facharztqualifikationen, Erfahrung in der Durchführung von mind. 1000 selbständig durchgeführten u. befundeten PET-Untersuchungen, regelmäßige Fort- u. Weiterbildung, regelmäßiges Lymphomboard (Panel) der German Hodgkin Study Group, Indikationsstellung, interdisziplinäre Befund- u. Nachbesprechungen, Erfüllung der Anforderung an die technische Infrastruktur, Teilnahme an Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität.
CQ23	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen (Diese QS-Maßnahmen sind mit Ablauf des 1. Juli 2021 außer Kraft.)
	Die QS-Maßnahmen werden in vollem Umfang umgesetzt. Die räuml. und organis. Voraussetzungen sind erfüllt und das Personal entsprechend qualifiziert. Die Patientenversorgung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team, das in regelmäßigen Wochenbesprechungen die Therapieziele festlegt und überprüft. Die Ergebnisqualität wird durch interne Audits und durch Dokumentation der Verläufe im Deutschen Register für Stammzelltransplantation überprüft. Das MD-Audit zur CAR-T-Zell-Therapie war erfolgreich.
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom
	Die QS-Maßnahmen werden in vollem Umfang umgesetzt. Die räuml. und organis. Voraussetzungen sind erfüllt und das Personal entsprechend qualifiziert. Die Patientenversorgung erfolgt durch ein multiprofessionelles Team, das in regelmäßigen Wochenbesprechungen die Therapieziele festlegt und überprüft. Die Ergebnisqualität wird durch interne Audits und durch Dokumentation der Verläufe im Deutschen Register für Stammzelltransplantation überprüft. Das MD-Audit zur CAR-T-Zell-Therapie war erfolgreich.
CQ25	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser
	Die Klinik III für Innere Medizin – Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin – ist personell, technisch und räumlich sicher aufgestellt. Ein multiprofessionelles Team (Herzchirurgie, Kardiologie, Anästhesiologie, Kardiotechnik, Pflegefachkräfte, Physiotherapie und Diplom-Sozialpädagogen) sowie modernste Technik (Katheterlabor, MRT, extrakorporale Membranoxygenisation, intraoperative Echokardiographie, Herz-Lungenmaschine) stehen zur Verfügung.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichtete Personen	Anzahl
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) [1]	898
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	412
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben [2]	286

[1] Fortbildungsverpflichtete Personen nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (FKH-R) in der Fassung vom 18.05.2017 (siehe www.g-ba.de)

[2] Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.

C-8 Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2021

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2021 vom 19. November 2020. Mit der PpUGV vom 9. November 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu den §§ 1 bis 8 PpUGV für alle pflegesensitiven Bereiche, zu denen für das Berichtsjahr 2021 durch die PpUGV nun auch die Innere Medizin, die Allgemeine Chirurgie, die Pädiatrie sowie die pädiatrische Intensivmedizin zählen, wieder in Kraft gesetzt, nachdem diese im vergangenen Jahr vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ab dem 1. März 2020 ausgesetzt und nur für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16. Juli 2020 (BGBl. I S. 1701) zum 1. August 2020 wieder eingesetzt wurden.

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad [1]	Ausnahmetatbestände
Neurologische Schlaganfalleinheit	Comprehensive Stroke Unit	Tag	100 %	0
Neurologische Schlaganfalleinheit	Comprehensive Stroke Unit	Nacht	33,33 %	3
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Tag	100 %	2
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Nacht	100 %	0
Neurologische Frührehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Tag	100 %	4
Neurologische Frührehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Nacht	81,82 %	0
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Tag	100 %	4
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Tag	41,67 %	9
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Nacht	75 %	9
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Tag	0 %	9
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Nacht	0 %	9
Pädiatrie	Kinder I	Tag	45,45 %	8
Pädiatrie	Kinder I	Nacht	72,73 %	8
Pädiatrie	Kinder II	Tag	27,27 %	8
Pädiatrie	Kinder II	Nacht	36,36 %	8
Pädiatrische Intensivmedizin	Kinder-Intensiv	Tag	100 %	4
Pädiatrische Intensivmedizin	Kinder-Intensiv	Nacht	100 %	1

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungsgrad [1]	Ausnahme-tatbestände
Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Tag	100 %	0
Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Tag	100 %	3
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Nacht	100 %	6
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensiv-station 1B	Tag	100 %	8
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensiv-station 1B	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Tag	83,33 %	7
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Nacht	83,33 %	5
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Nacht	100 %	0
Pädiatrie	Onkologische Station	Tag	100 %	6
Pädiatrie	Onkologische Station	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Tag	100 %	2
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Tag	100 %	2
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	PACU	Tag	100 %	5
Intensivmedizin	PACU	Nacht	100 %	3
Innere Medizin	Palliativstation	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Palliativstation	Nacht	100 %	0
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Station 1	Tag	54,55 %	5
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Station 1	Nacht	54,55 %	5
Neurologie	Station 1	Tag	54,55 %	0
Neurologie	Station 1	Nacht	54,55 %	0
Neurologie	Station 13.1A	Tag	100 %	5
Neurologie	Station 13.1A	Nacht	100 %	6
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	Station 15.2	Tag	100 %	4
Innere Medizin	Station 15.2	Nacht	100 %	0
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Tag	100 %	1
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Nacht	100 %	5
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Tag	100 %	1

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungsgrad [1]	Ausnahme-tatbestände
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Nacht	100 %	3
Innere Medizin	Station 17.1	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station 17.1	Nacht	100 %	0
Neurologie	Station 2	Tag	100 %	2
Neurologie	Station 2	Nacht	100 %	5
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Tag	100 %	1
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Nacht	100 %	1
Herzchirurgie	Station 3.2	Tag	100 %	3
Herzchirurgie	Station 3.2	Nacht	100 %	5
Neurologie	Station 4	Tag	100 %	6
Neurologie	Station 4	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station 4.1	Tag	100 %	3
Allgemeine Chirurgie	Station 4.1	Nacht	100 %	3
Herzchirurgie	Station 4.2	Tag	100 %	7
Herzchirurgie	Station 4.2	Nacht	100 %	2
Innere Medizin	Station 4A KMT	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station 4A KMT	Nacht	100 %	0
Unfallchirurgie	Station E 11	Tag	100 %	2
Unfallchirurgie	Station E 11	Nacht	100 %	1
Innere Medizin	Station Ebene 10	Tag	100 %	5
Innere Medizin	Station Ebene 10	Nacht	100 %	2
Innere Medizin	Station Ebene 11 MANE 2	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station Ebene 11 MANE 2	Nacht	100 %	0
Allgemeine Chirurgie	Station Ebene 18	Tag	100 %	1
Allgemeine Chirurgie	Station Ebene 18	Nacht	100 %	5
Unfallchirurgie	Station I	Tag	100 %	5
Unfallchirurgie	Station I	Nacht	100 %	6
Unfallchirurgie	Station III	Tag	100 %	4
Unfallchirurgie	Station III	Nacht	100 %	5
Unfallchirurgie	Station IV	Tag	100 %	6
Unfallchirurgie	Station IV	Nacht	100 %	7
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Stroke Unit	Tag	90,91 %	3
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Stroke Unit	Nacht	100 %	3
Innere Medizin	Tagesklinik Dialyse*	Tag	100 %	0

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats-bezogener Erfüllungsgrad [1]	Ausnahme-tatbestände
Innere Medizin	Tagesklinik Erwachsenenonkologie*	Tag	100 %	1
Pädiatrie	Tagesklinik Kinderonkologie*	Tag	9,09 %	7

[1] Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonal-untergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

* Bei Tagesklinken gibt es keine Nachtschicht, so dass die „Nacht-Zeile“ entfällt.

PACU = Post Anaesthesia Care Unit, im Zentral-OP integrierte Intensiveinheit für Patientinnen und Patienten, die nach komplexen operativen Eingriffen eine kurzzeitige (bis zu 24-stündige) intensiv-medizinische Überwachung oder Therapie benötigen

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht-bezogener Erfüllungsgrad [1]
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Comprehensive Stroke Unit	Tag	98,91 %
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Comprehensive Stroke Unit	Nacht	22,28 %
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Tag	97,53 %
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Nacht	100 %
Neurologische Früh-rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Tag	94,31 %
Neurologische Früh-rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Nacht	83,53 %
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Tag	96,44 %
Intensivmedizin	Herz- und Thoraxchirurgie Intensivstation 1.2	Nacht	100 %
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Tag	44,93 %
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Nacht	63,84 %
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Tag	19,73 %
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Nacht	16,99 %
Pädiatrie	Kinder I	Tag	47,01 %
Pädiatrie	Kinder I	Nacht	46,11 %
Pädiatrie	Kinder II	Tag	39,52 %
Pädiatrie	Kinder II	Nacht	27,25 %
Pädiatrische Intensiv-medizin	Kinder-Intensiv	Tag	94,01 %
Pädiatrische Intensiv-medizin	Kinder-Intensiv	Nacht	99,7 %
Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Tag	100 %
Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Nacht	100 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht-bezogener Erfüllungsgrad [1]
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Tag	96,44 %
Intensivmedizin	Med. III Intensivstation 2.3	Nacht	72,05 %
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Tag	81,92 %
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Nacht	99,73 %
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Tag	78,63 %
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Nacht	68,22 %
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Tag	100 %
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Nacht	100 %
Pädiatrie	Onkologische Station	Tag	83,23 %
Pädiatrie	Onkologische Station	Nacht	100 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Tag	97,26 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Nacht	100 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Tag	95,89 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Nacht	99,73 %
Intensivmedizin	PACU	Tag	94,63 %
Intensivmedizin	PACU	Nacht	97,44 %
Innere Medizin	Palliativstation	Tag	100 %
Innere Medizin	Palliativstation	Nacht	100 %
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Station 1	Tag	59,28 %
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Station 1	Nacht	56,29 %
Neurologie	Station 1	Tag	59,28 %
Neurologie	Station 1	Nacht	56,29 %
Neurologie	Station 13.1A	Tag	89,82 %
Neurologie	Station 13.1A	Nacht	87,43 %
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Tag	100 %
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Nacht	100 %
Innere Medizin	Station 15.2	Tag	89,52 %
Innere Medizin	Station 15.2	Nacht	100 %
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Tag	98,5 %
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Nacht	95,51 %
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Tag	99,1 %
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Nacht	97,01 %
Innere Medizin	Station 17.1	Tag	100 %
Innere Medizin	Station 17.1	Nacht	100 %
Neurologie	Station 2	Tag	97,31 %
Neurologie	Station 2	Nacht	70,66 %

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht-bezogener Erfüllungsgrad [1]
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Tag	98,2 %
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Nacht	99,7 %
Herzchirurgie	Station 3.2	Tag	87,43 %
Herzchirurgie	Station 3.2	Nacht	95,81 %
Neurologie	Station 4	Tag	95,4 %
Neurologie	Station 4	Nacht	100 %
Allgemeine Chirurgie	Station 4.1	Tag	88,32 %
Allgemeine Chirurgie	Station 4.1	Nacht	98,5 %
Herzchirurgie	Station 4.2	Tag	74,31 %
Herzchirurgie	Station 4.2	Nacht	98,17 %
Innere Medizin	Station 4A KMT	Tag	100 %
Innere Medizin	Station 4A KMT	Nacht	100 %
Unfallchirurgie	Station E 11	Tag	95,51 %
Unfallchirurgie	Station E 11	Nacht	98,8 %
Innere Medizin	Station Ebene 10	Tag	95,51 %
Innere Medizin	Station Ebene 10	Nacht	98,8 %
Innere Medizin	Station Ebene 11 MANE 2	Tag	100 %
Innere Medizin	Station Ebene 11 MANE 2	Nacht	100 %
Allgemeine Chirurgie	Station Ebene 18	Tag	98,5 %
Allgemeine Chirurgie	Station Ebene 18	Nacht	97,31 %
Unfallchirurgie	Station I	Tag	91,92 %
Unfallchirurgie	Station I	Nacht	82,63 %
Unfallchirurgie	Station III	Tag	92,1 %
Unfallchirurgie	Station III	Nacht	72,56 %
Unfallchirurgie	Station IV	Tag	82,55 %
Unfallchirurgie	Station IV	Nacht	57,63 %
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Stroke Unit	Tag	91,32 %
Neurologische Schlag-anfalleinheit	Stroke Unit	Nacht	97,9 %
Innere Medizin	Tagesklinik Dialyse*	Tag	100 %
Innere Medizin	Tagesklinik Erwachsenenonkologie*	Tag	95,67 %
Pädiatrie	Tagesklinik Kinderonkologie*	Tag	25,75 %

[1] Schichtbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der geleisteten Schichten auf der jeweiligen Station, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

[*] Bei Tagesklinken gibt es keine Nachtschicht, so dass die „Nacht-Zeile“ entfällt.

PACU = Post Anaesthesia Care Unit, im Zentral-OP integrierte Intensiveinheit für Patientinnen und Patienten, die nach komplexen operativen Eingriffen eine kurzzeitige (bis zu 24-stündige) intensivmedizinische Überwachung oder Therapie benötigen

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind

UNIKLINIK KÖLN

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die Uniklinik Köln und die Medizinische Fakultät haben im Mai 2013 ein neues gemeinsames Leitbild für die Uniklinik verabschiedet:

Leitbild

Im Universitätsklinikum und der Medizinischen Fakultät Köln beruht erfolgreiche Zusammenarbeit auf gemeinsamen Werten, Einstellungen und guter Kommunikation.

Gesellschaftlicher Auftrag

Wir setzen uns kompetent für unseren gesellschaftlichen Auftrag der Krankenversorgung, Forschung und Lehre ein. Dabei gehen wir mit den Ressourcen, die uns die Gesellschaft zur Verfügung stellt, nachhaltig und verantwortlich um.

Würde

Wir respektieren die Würde und die Persönlichkeit eines jeden Menschen.

Patientinnen und Patienten

Wir verdienen uns das Vertrauen unserer Patientinnen, Patienten und der Menschen, die sie begleiten, durch fachliche Kompetenz und eine offene, ehrliche Kommunikation.

Forschung und Lehre

Wir wecken den Wissensdrang der Studierenden und die Leidenschaft junger Ärztinnen und Ärzte für ihren Beruf. Frühzeitig begeistern wir den Nachwuchs für Forschung und bieten Möglichkeiten, Ideen bis zur Innovation zu verwirklichen.

Wir forschen unermüdlich an besseren Diagnose- und Behandlungsverfahren. Dazu vernetzen wir uns mit nationalen und internationalen Partnern innerhalb und außerhalb der Universität.

Wir verpflichten uns zu wissenschaftlicher Integrität.

Ausbildung und Zusammenarbeit

Wir bilden unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zielgerichtet aus, fördern Berufswege und wissenschaftliche Karrieren. Dieser Auftrag umfasst alle Berufsgruppen im Universitätsklinikum und in der Fakultät.

Wir pflegen einen teamorientierten Arbeitsstil. Dabei schätzen wir die individuelle Vielfalt und fördern die Neugier und Kreativität unserer Beschäftigten.

Kooperation

Wir führen mit unseren Kooperationspartnern einen guten Dialog.

Führung

Alle Beschäftigten sind dem Leitbild verpflichtet. Unsere Führungskräfte setzen sich für seine Umsetzung besonders ein.

Sie vermitteln unseren Beschäftigten Anspruch und Vision der Uniklinik und der Fakultät und definieren erreichbare Ziele zur Umsetzung der Strategien.

Sie erkennen die Potenziale unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, fördern ihre persönliche und berufliche Entwicklung und berücksichtigen individuelle Lebenslagen.

Sie schaffen Raum für offene Kommunikation, konstruktives Feedback und Lösungen. Sie stellen sich schützend vor unberechtigt oder ehrverletzend angegriffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie fördern eine offene Fehlerkultur und ein umfassendes Qualitätsmanagement.

Wir leisten unseren Beitrag zu mehr Gesundheit in der Gesellschaft - heute und in der Zukunft.

D-2 Qualitätsziele

Ziel der Uniklinik Köln ist es, in ihren drei Aufgabenfeldern Spitzenleistungen zu erzielen:

- Forschung
- Lehre
- Krankenversorgung

In der Forschung ist der Maßstab das internationale Spitzenniveau. Die Uniklinik und die Medizinische Fakultät stehen in enger Verbindung mit den anderen Fakultäten der Universität zu Köln und den Spitzenforschungseinrichtungen der Region und der ganzen Welt. Besonders hervorzuheben ist die enge Verzahnung mit der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät, der Max-Planck-Gesellschaft und dem Forschungszentrum Jülich. Die Errichtung von Sonderforschungsbereichen und die Erlangung von renommierten Forschungspreisen durch Forscherinnen und Forscher der Uniklinik sind Ausdruck für die Leistung und Anerkennung der Uniklinik Köln.

In der Lehre ist die Uniklinik mit dem Modellstudiengang Medizin wegweisend bei neuen Konzepten der akademischen Lehre. Die Medizinstudierenden werden früher als bisher mit der Praxis vertraut gemacht. Im Skills Lab bekommen sie anhand von Modellen einen Einstieg in den praktischen Anteil des ärztlichen Berufes. Im Rahmen des Modellstudienganges werden die Studierenden in Kleingruppen intensiv betreut. Damit soll die Qualität der Lehre gestärkt werden, so dass die Studierenden mit besseren Voraussetzungen in ihren Beruf starten. Die Studiendauer und die Studienergebnisse sind Indikatoren für diese Ziele. Seit 2017 hat der neue Bachelorstudiengang Klinische Pflege mit integrierter Ausbildung die ersten Studierenden aufgenommen. Damit ist es einer der ersten pflegewissenschaftlichen Studiengänge einer Medizinischen Fakultät. Der Lehrstuhl Klinische Pflegewissenschaften konnte 2019 besetzt werden. In 2021 wurde der neue Studiengang Hebammenwissenschaften mit 25 Studentinnen im Wintersemester gestartet etabliert und 2022 konnte auch ein Lehrstuhl dazu besetzt werden. Weitere Heilberufe befinden sich im Prozess der Akademisierung,

In der Krankenversorgung steht das Wohl der Patientin und des Patienten im Mittelpunkt. Bei den Ergebnissen der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird das höchste Niveau angestrebt. Das beginnt beim Ausschluss von Mängeln, der Vermeidung von Fehlern und dem Minimieren von Risiken. Die Patientinnen und Patienten vor unerwünschten Ereignissen zu bewahren ist die Basis einer erfolgreichen Behandlung. Die Arbeitsgruppe Interdisziplinäre Infektionsprävention aus Zentraler Krankenhaushygiene, Mikrobiologie und Infektiologie schützt die Patientin und den Patienten vor Infektionen durch das Krankenhaus. Eine Stabsstelle Anitbiotic Stewardship ist beim Ärztlichen Direktor etabliert. Die Sicherheit zeigt sich in einer niedrigen Rate der Infektionen.

Ein umfassendes Risiko- und Fehlermanagement wird betrieben, das organisatorische, pflegerische und medizinische Fehler aufdeckt und auch aus Beinahefehlern (CIRS) Informationen sammelt, um Zwischenfälle mit Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

Die angemessene und für die Patientin oder den Patienten annehmbare Behandlung, die ihre oder seine Leiden lindert und ihre oder seine Erkrankungen heilt, wird durch den Einsatz moderner wissenschaftlich abgesicherter Diagnostik und Therapie erreicht. Die reibungslose interdisziplinäre und die interprofessionelle Zusammenarbeit sind dafür notwendig.

Dazu müssen die organisatorischen Abläufe klar definiert und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachvollziehbar sein. Wesentliches Hilfsmittel ist ein klinisches EDV-System, das alle Kliniken und Institute durchdringt.

Eine ausreichende Finanzierung wird durch die sparsame und angemessene Verwendung der Mittel und eine hohe Auslastung sichergestellt. Damit wird der Scherenproblematik aus geringer Veränderungsrate der DRG-Baserate sowie den höheren Lohn- und Preissteigerungen erfolgreich begegnet.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ziel ist ein umfassendes Qualitätsmanagement nach dem Stand von Wissenschaft und Technik für die gesamte Uniklinik. Dadurch soll eine größtmögliche, abteilungsübergreifende Vereinheitlichung von diagnostischen, therapeutischen und administrativen Verfahren sowie organisatorischen Abläufen erzielt werden.

Die Struktur der Uniklinik mit vier Abteilungen der Zahnheilkunde, 27 bettenführenden Kliniken, 16 klinischen Instituten und 19 vorklinischen und forschenden Instituten ist sehr vielfältig. Die Verantwortung für die medizinische Leistung und Behandlung der Patientinnen und Patienten liegt in der Verantwortung der jeweiligen Abteilungsleitungen. Daher werden in den Abteilungen Qualitätsmanagementsysteme nach DIN oder den spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaften entwickelt und aufrechterhalten.

Zum Management der Schnittstellen bestehen festgelegte Strukturen, Transfusions-, Arzneimittel- und Hygienekommission sowie ICU-Board für Intensivmedizin, OP-Board, Schockraumkonferenz und eine Vielzahl von Tumorkonferenzen. Als onkologisches Spitzenzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft werden mehr als 95 % aller onkologischen Erstdiagnosen dort vorgestellt und besprochen. Die Steuerung der Patientinnen und Patienten obliegt dem Casemanagement und die weitere Versorgung nach dem stationären Aufenthalt dem Entlassmanagement.

Zentrale Verfahren, die für alle Kliniken gültig sind, werden vom Vorstand freigegeben und dann eingeführt. Parallel dazu entwickeln die Abteilungen eigene QM-Systeme, um ihre spezifischen Anforderungen und Leistungen zu dokumentieren und zu regeln. Dabei werden sie von den Medizinischen Synergien (ZMS) beraten. Diese Struktur ermöglicht es, Kompetenzen zu bündeln, Problemlösungen berufsgruppenübergreifend zu entwickeln und Ressourcen optimal zu nutzen.

Im ZMS ist das zentrale Qualitätsmanagement und Klinische Risikomanagement organisiert. Das zentrale Klinische Risikomanagement hat drei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze zur Risikoidentifikation etabliert:

- Statistische Verfahren mit
  - Externer Qualitätssicherung
  - Aktenanalyse und Befragungen
- Anlasslose Verfahren
  - Begehungen der Aufsichtsbehörden
  - Interne Prozess- und Systemaudits nach den Vorgaben von Normen und Fachgesellschaften
  - Risikoaudits: Begehungen der klinischen Bereiche in Kooperation mit der Zentralen Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und der Tochtergesellschaft medfacilities sowie den ärztlichen und pflegerischen Vertreterinnen und Vertretern der begangenen Bereiche
- Anlassbezogene Verfahren
  - Critical Incident Reporting System (CIRS)
  - Lob- und Beschwerdemanagement
  - Für Schadensfälle ist ein Verfahren etabliert, das einerseits vom London-Protokoll abgeleitet ist, und anderseits Elemente der Flugunfalluntersuchungen übernommen hat. Bei Verdacht auf Schadensfälle werden die Untersuchungen eingeleitet.
  - M&M – Konferenzen
  - Sturzerfassung und -analysen

Das Qualitätsmanagement ist in den jeweiligen Kliniken und Instituten organisiert. Nur einige Instrumente und Leistungen werden zentral organisiert:

- Organisation der Patientenbefragung, die Auswertung und interne Kommunikation erfolgt durch die Unternehmensstrategie im Rhythmus alle zwei Jahre
- Ideenwettbewerb
- Beratung von Kliniken, Instituten, Schwerpunkten und Bereichen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen
- IT-gestützte Dokumentenlenkung
- Konzepte der Abfallentsorgung
- Mitarbeiterqualifikation durch das Bildungszentrum mit einem umfassenden Seminarprogramm und Weiterbildungsangeboten. In 2021 nahmen 4.200 Beschäftigte in über 320 Veranstaltungen Angebote des Bildungsportals an.
- Web-Based-Trainings werden über das Bildungsportal ebenso angeboten. Sie ermöglichen den Beschäftigten Lernzeitpunkt und -geschwindigkeit selbst festzulegen. Inhalte sind Medizinischer Datenschutz, Umgang mit Medizingeräten, Einführung und Bedienung des klinischen Arbeitsplatzsystems ORBIS, Umgang mit Zytostatika und viele mehr.
- Die Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde um ein spezielles monatliches Angebot für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und Ärztinnen und Ärzte erweitert. Pflegerisches Personal wird alle zwei Monate eingewiesen. Bei beiden Berufsgruppen steht das Sichere Arbeiten, wie Hygiene, Arzneimittelversorgung etc. im Zentrum.

- Für nicht wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden zentrale Einführungen vierteljährlich durchgeführt. Für sie liegen in den jeweiligen Bereichen spezifische Einarbeitungskonzepte vor.

Die Medizinischen Synergien sind direkt dem Vorstand zugeordnet und unterstehen dem Ärztlichen Direktor. Sie sind mit der Planung und Umsetzung von Projekten und regelmäßigen Aufgaben des Qualitätsmanagements beauftragt und berichten dem Vorstand über Verlauf und Ergebnisse ihrer Arbeit.

Der Leiter ist in den Lenkungskommissionen der Uniklinik vertreten. In diesem Rahmen werden auch die Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach SGB V der Bundesebene, dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), und der Landesarbeitsgemeinschaft NRW (LAG DeQS NRW) zusammengeführt und koordiniert.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Klinisches Risikomanagement

Die Uniklinik Köln strebt ein umfassendes Klinisches Risikomanagement an. Universitäre Medizin ist gefahrengeneigt, jede Operation, jeder invasive Eingriff und jedes hochwirksame Medikament kann unerwünscht wirken. Zusätzlich zu den Risiken, die der medizinischen Diagnostik und Therapie innewohnen, können weitere Risiken durch menschliche Fehler, versagende Technik oder insuffiziente Organisation auftreten. Das Klinische Risikomanagement bekämpft besonders diese zusätzlichen Risiken.

Diese Risiken müssen erkannt und aufgedeckt werden, bevor ein Schaden für die Patientin oder den Patienten entsteht. Meistens sind solche Risiken nicht offensichtlich und es ist eine besondere Aufgabe sie rechtzeitig zu entdecken. Deshalb werden unterschiedliche Rückkopplungssysteme entwickelt und aufrechterhalten. Damit sollen der Vorstand und andere Verantwortliche der Patientenbehandlung direkte Informationen bekommen, die nicht auf den dienstlichen Informationswegen basieren. Die Rückkopplungssysteme sollen für alle betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Patientinnen und Patienten offen sein, sie sollen niederschwellig und einfach sein.

In 2021 wurde begonnen eine gemeinsame Softwareplattform für die unterschiedlichen Rückkopplungssysteme zu etablieren. Damit soll die Risikoeinstufung vereinheitlicht und mit einer gemeinsamen Maßnahmensteuerung versehen werden. Ein weiteres Modul der Software ist das Compliancemanagement mit einem Rechtskataster, das die relevanten rechtlichen Vorschriften den jeweils Verantwortlichen zuordnet und eine Aktualisierungsfunktion besitzt. Damit werden Schritte zu einem Organisationsrisikomanagement gemacht, das unterschiedliche Risikoklassen, wie klinische Risiken und Compliance miteinander vereinheitlicht.

Folgende Rückkopplungssysteme werden in der Uniklinik von den Medizinischen Synergien betrieben:

- Beim **Critical Incident Reporting System (CIRS)** können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anonym und sanktionsfrei Risiken für Patientinnen und Patienten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter melden. Das CIRS dient der schnellen Erfassung von kritischen Ereignissen (critical incidents) und ermöglicht im Bedarfsfall ein schnelles Einleiten von Korrekturmaßnahmen.
  - Voraussetzung für das Gelingen eines CIRS ist die sanktionsfreie Bearbeitung der Berichte und die vorurteilsfreie Suche nach den Ursachen. Häufig sind es organisatorische Defizite, die zu kritischen Ereignissen führen, z. B. wenn gefährliche Medikamente aufgrund mangelnder Kennzeichnung leicht verwechselt werden können.
  - Die Berichte werden in vertraulicher oder auch anonymer Form über ein elektronisches Formular an einen unabhängigen Dritten geschickt, dies ist hier der Zentralbereich Medizinische Synergien. Dort werden sie anonymisiert und an das CIRS-Team der zuständigen Abteilung weitergeleitet, das die Berichte weiterbearbeitet.
  - Die Anzahl der CIRS Meldungen blieb im Jahre 2021 nahezu konstant bei 628 (2020 : 623) Meldungen. Besonders beachtlich ist die hohe Quote von über 70 % der Meldungen, bei denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihren Namen für Rückfragen offenbarten. Das weist auf ein hohes Vertrauen zu den Betreibern des CIRS (Vorstand und ZMS) hin.
- Das **Lob- und Beschwerdemanagement** ist für Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und Besucherinnen und Besucher des Klinikums zuständig.
  Sie erzählen von guter Behandlung und Pflege und berichten von Missständen, Störungen und ggf. auch Fehlverhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Uniklinik. Das Lob wird weitergegeben, den Beschwerden wird nachgegangen und der Sachverhalt aufgeklärt. Gegebenenfalls werden dann Korrekturen oder Korrekturmaßnahmen ergriffen.

  2.343 Patientinnen und Patienten und Angehörige haben sich in 2021 zu 11.137 einzelnen Themen geäußert, davon waren 7.432 lobende (67 %), 3.619 kritische (32 %) und 86 (1 %) neutrale Rückmeldungen.
- **Patientenbefragungen** gehören neben dem Beschwerdemanagement zu einer sehr wichtigen Informationsquelle zu der Frage, wie die Uniklinik wahrgenommen wird. Während das Beschwerdemanagement sich auf den einzelnen Fall fokussiert, lassen sich aus den Patientenbefragungen auch statistische Auswertungen ableiten.

  Die Ergebnisse der Patientenbefragung im Herbst 2020 wurden in 2021 den Leitungen der Kliniken vorgestellt.
- Bei den **Internen Risikoaudits** werden klinische Bereiche gemeinsam vor Ort begangen. Für jeden Bereich wird eine Checkliste erstellt, sie basiert auf den Hinweisen (Monita) der amtsärztlichen Begehungen, soweit diese vorliegen.
  Das Qualitätsmanagement begeht dann den klinischen Bereich gemeinsam mit der Krankenhaushygiene, der Arbeitssicherheit und der medfacilities (dem Tochterunternehmen der Uniklinik für Betrieb und Technik) sowie der hygienebeauftragten Ärztin oder dem hygienebeauftragten Arzt und der hygienebeauftragten Pflegekraft. Dann werden die Risiken identifiziert und bewertet. Dazu werden auch weitere Fachleute wie Apothekerinnen und Apotheker hinzugezogen. Nach der Risikobewertung werden zusammen mit Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden der Klinik Maßnahmen zu Risikominderung entwickelt. Dieses Vorgehen wurde in 2012 etabliert. In 2021 wurden wegen der pandemische Lage keine Risikoaudits

durchgeführt, sondern nur eine Inspektion der Bezirksregierung begleitet. Eine Mitarbeiterin wechselte zeitweise in die Intensivpflege.

Die Internen Risikoaudits sollen jeden klinischen Bereich anlasslos begehen, um Risiken aufzudecken, die den Nutzerinnen und Nutzern nicht bewusst oder nicht bekannt sind.

- Der **Ideenwettbewerb** soll den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Anreiz sein, über ihren originären Aufgabenbereich hinaus kreative Ideen zur Verbesserung der Abläufe in der Uniklinik einzubringen. Die Vorschläge sollen dazu beitragen die Krankenversorgung zu verbessern, Arbeitsverfahren zu optimieren und somit die Leistungsfähigkeit zu steigern, die Arbeitssicherheit, die Hygiene, den Umwelt- und Brandschutz zu erhöhen, Ressourcen einzusparen, die interkollegialen Beziehungen zu intensivieren und die Identifikation der Beschäftigten mit der Uniklinik zu verstärken. Die besten Ideen werden belohnt, eine Kommission bewertet die Vorschläge nach einheitlichen Kriterien.
  - Die Zahl der Ideen erreichte mit 431 (526 in 2020) im Jahre 2021 ein gutes Niveau.
- Die **M&M (Mortalitäts- und Morbiditäts)-Konferenzen** der jeweiligen Kliniken werden von einem ärztlichen Mitarbeiter der Medizinischen Synergien begleitet. Dieser nimmt insbesondere die Schwachstellen von organisatorischen Abläufen in den Fokus und entwickelt Maßnahmen.
- **Onkologisches Zentrum**: In 2013 wurde in der Uniklinik das Onkologische Zentrum nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der ISO 9001 zertifiziert. In 2021 fand ein erfolgreiches Überwachungsaudit statt. Das Centrum für Integrierte Onkologie wurde von der Deutschen Krebshilfe wieder begangen und als Comprehensive Cancer Centrum bestätigt und die Förderung fortgeschrieben.

Rechnergestützte Dokumentenlenkung

Seit 2009 ist im Qualitätsmanagement der Uniklinik Köln eine rechnergestützte Dokumentenlenkung etabliert. Regeln, Dienst-, Verfahrensanweisungen, SOPs und Standards werden dort systematisch abgelegt und im Intranet zugänglich gemacht.

Mit Hilfe der elektronischen Dokumentenlenkung lassen sich die QM-Dokumente nicht nur veröffentlichen, sondern auch per Mail ausgewählte Personengruppen über neue und revidierte Dokumente informieren.

Damit kann sichergestellt werden, dass Informationen zu Neuerungen gezielt verteilt werden können. Das System ist inzwischen in folgenden Bereichen, Kliniken und Instituten im Einsatz:

- Pflegedirektion
- Innere Medizin I
  Centrum für Integrierte Onkologie
  Viszeralonkologisches Zentrum
  Lungenkrebszentrum
  DCLLSG – Deutsche CLL-Studiengruppe
- Innere Medizin I Stammzelltransplantation
- Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Brust- und Genitalkrebszentrum sowie Reproduktionsmedizin
- Dermatologie – Hauttumorzentrum

- Augenheilkunde – Hornhautbank
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- UniReha
- Transfusionsmedizin
- Zentrum für Labordiagnostik
  Virologie
  Mikrobiologie
  Klinische Chemie
  Pharmakologie
- Institut für Pathologie
- MVZ Oberberg und Siegen
- Institut für Rechtmedizin
- Apotheke
- SterilGut GmbH
- Palliativmedizin
- Zentralbereich Medizinische Synergien mit
  Klinikangelegenheiten, Krisenmedizin, Alarmpläne
  Zentrale Krankenhaushygiene
  uk-it / Medizinische Applikationen
  MF Betrieb GmbH / Medizinproduktehandbuch
  UK Reinigung
  Urologie
  Neurologie – Stroke Unit
  Zentrum für Neurochirurgie

In den einzelnen Instanzen der Dokumentenlenkung werden jeweils bis zu 1.500 Dokumente gelenkt. Insgesamt sind über 30.000 Dokumente gelenkt. Der Ausbau in weitere Bereiche, Kliniken und Institute schreitet kontinuierlich voran.

Leitfaden für Einführung von QM Systemen

Für die Kliniken und Institute wurde ein Leitfaden erstellt, wie die Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 für eine Klinik, ein Institut oder einen anderen Schwerpunkt oder Bereich der Uniklinik entwickelt werden kann. Dabei wurden die Spezifika der Uniklinik Köln berücksichtigt und die Anforderungen der Norm in eine für Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeiter angemessene Form übertragen. Dieser Leitfaden war bisher nur im Intranet veröffentlicht. Er ist vollständig überarbeitet worden und im Eigenverlag gedruckt worden. Allen Leitungen der ersten Berichtsebene und allen Qualitätsbeauftragten wurde er zur Verfügung gestellt. Der Leitfaden ist modular aufgebaut und mit Beispielen und Vorlagen für die praktische Anwendung versehen. Der Leitfaden ist wie terhin im Intranet veröffentlicht und somit jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter der Uniklinik frei zugänglich.

Zusätzlich berät das zentrale Qualitätsmanagement Kliniken, Institute und Bereiche beim Aufbau und bei der Aufrechterhaltung der jeweiligen QM-Systeme, führt Prozessanalysen durch und harmonisiert die Strukturen des Qualitätsmanagements.

Die wesentlichen Normen des Qualitätsmanagements sind im Intranet für alle Beschäftigten und vor allem für die QM-Beauftragten frei zugänglich.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Aufbau von QM-Systemen

Das Qualitätsmanagement der Uniklinik orientiert sich an den Vorgaben der International Organisation for Standardization (ISO) DIN EN ISO 9000:2015.

Um ihre spezifischen Leistungen abzubilden und zu regeln, entwickeln viele Abteilungen ein eigenes QM-System (QMS). Die Transfusionsmedizin verfügt z. B. seit 2001 über ein umfassendes QM-System für die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten.

Zertifizierungen und Akkreditierungen

Kliniken und Zentren

Bereiche	Zertifikate
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** TÜV SÜD Management Service GmbH
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	**„Ausgezeichnet. FÜR KINDER“ –** Qualitätskriterien für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. – DAKJ, der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus e. V. – BaKuK und der Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. – GKinD in Absprache mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie e. V. – DGKCH und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugenpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. – dgkjp Bewertungskommission der Fachgesellschaften
Comprehensive Cystic Fibrosis Centre Mukoviszidose-Zentrum Köln an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin für die Versorgung aller Altersklassen	**Qualitätskriterien (CCFC-Zertifikat) der Fachgesellschaften für Pädiatrische Pneumologie – GPP und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie – DGP** Mukoviszidose Institut gGmbH
Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Mukoviszidose Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin für Diagnose und Therapie der Mukoviszidose sowie der pädiatrischen pneumologischen und allergologischen Erkrankungen, Bronchoskopie, CF-Studienzentrum Köln	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** TÜV Rheinland Cert GmbH
Exzellenzzentrum für die Chirurgie des Magens und der Speiseröhre Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie	**Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt – CAOGI** DGAV GmbH
Referenzzentrum Chirurgische Endoskopie Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie	**Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt – CAOGI** DGAV GmbH
Referenzzentrum Chirurgische Endoskopie Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie	**Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV e. V., vertreten durch ihre chirurgische Arbeitsgemeinschaft oberer Gastrointestinaltrakt – CAOGI** DGAV GmbH
ESO Stroke Centre Klinik und Poliklinik für Neurologie	**Status of official certified ESO Stroke Centre** European Stroke Organisation – ESO

Bereiche	Zertifikate
Überregionale Stroke Unit Klinik und Poliklinik für Neurologie	**Kriterien für eine Überregionale Stroke Unit nach der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe – SDSH und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e. V. – DSG** LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft mbH
Neuromuskuläres Zentrum Nordrhein mit Sitz in Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln, Mönchengladbach, Wuppertal Klinik und Poliklinik für Neurologie	**Qualitätskriterien für neuromuskuläre Zentren nach der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e. V. – DGM** Arbeitsgruppe Gütesiegel der DGM
Spezialsprechstunde für Epilepsie und Narkolepsie Klinik und Poliklinik für Neurologie	**Kriterien des Epilepsiekuratoriums und der Epilepsie-Liga der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie e. V. – DGfE** Kommission Ambulante Epileptologie der DGfE
Integriertes Myasthenie-Zentrum der DMG Klinik und Poliklinik für Neurologie	**Kriterien der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e. V. – DMG** BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
Concussion Center Rheinland – CCR Klinik und Poliklinik für Neurologie in Zusammenarbeit mit regionalen Kooperationspartnern (Praxis Sportpsychologie und Sport-Neuropsychologie, Neurologisches interdisziplinäres Behandlungszentrum (NIB) GmbH & Co. KG, Institut für SportsVision und Neuro-Visualtraining)	**Kriterien der Gesellschaft für Sport-Neuropsychologie e. V. – GSNP** Vorstand der GSNP e. V.
Wirbelsäulenzentrum der Maximalversorgung/DWG Zusammenarbeit der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie und des Zentrums für Neurochirurgie	**Richtlinien der Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Wirbelsäulen Gesellschaft – DWG** CERT iQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH
Überregionales Traumazentrum (TraumaNetzwerk DGU der Region Köln) Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	**Kriterien des Weißbuches der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie sowie Kriterien TraumaNetzwerk DGU** DIOcert GmbH Zertifizierungsgesellschaft für das Gesundheitswesen
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	**Vorgaben der Initiative Endo Cert im Bereich der endoprothetischen Versorgung** ClarCert GmbH Zertifizierungsinstitut für Management und Personal
Deutsches Zentrum für Schulter- und Ellenbogenchirurgie Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie	**Qualitätskriterien der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie – DVSE** ClarCert GmbH Zertifizierungsinstitut für Management und Personal
KMT– Stammzelltransplantation Klinik I für Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie, Internistische Intensivmedizin in the areas: Autologous Allogeneic Transplantation in Adult Patients / Collection of HPC, Marrow / Collection of HPC, Apheresis / Cell Processing – minimally manipulated	**Accreditation in the FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy** Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT (JACIE)

Bereiche	Zertifikate
Hypertonie-Zentrum DHL Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	**Qualitätsstandard der Deutschen Hochdruckliga e. V. DHL Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention** Sektion „Hypertonie-Zentrum DHL“
Hypertonie-Zentrum DHL Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	**Qualitätsstandard der Deutschen Hochdruckliga e. V. DHL Deutsche Gesellschaft für Hypertonie und Prävention** Sektion „Hypertonie-Zentrum DHL“
Universitäre Nephrologische Schwerpunktklinik Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	**Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie** ClarCert GmbH Zertifizierungsinstitut für Management und Personal
Cardiac Arrest Center Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin Klinik II für Innere Medizin - Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	**Qualitätskriterien des Deutschen Rats für Wiederbelebung (GRC) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK)** CERT iQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH
Chest Pain Unit – CPU (Brustschmerz) Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	**Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. – DGK** Gutachterkommission im Auftrag der DGK
Überregionales EMAH-Zentrum (Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern) Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	**Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. – DGK, der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie e. V. – DGPK und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e. V. – DGTHG** Gutachterkommission im Auftrag der DGK
TAVI-Zentrum (Transkatheter-Aortenklappen-Implantation) Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	**Qualitätskriterien zur Durchführung der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislauf-forschung e. V. – DGK und des Beschlusses über eine Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen des Gemeinsamen Bundesausschusses – G-BA** Gutachterkommission im Auftrag der DGK

Bereiche	Zertifikate
Exzellenzzentrum auf europäischer Ebene ESH Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	**Qualitätskriterien der European Society of Hypertension – ESH** Rat der European Society of Hypertension
Mitralklappenzentrum DKG Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin	**Qualitätskriterien für Mitralklappenzentren der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. – DGK** Gutachterkommission im Auftrag der DGK
Überregionales Zentrum für Herzinsuffizienz HFU Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin	**Qualitätskriterien für Herzinsuffizienz-Einheiten (Heart Failure Unit) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. – DGK und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e. V. – DGTHG** Gutachterkommission im Auftrag der DGK
Spezielle Rhythmologie in den Bereichen der Invasiven Elekrophysiologie und Aktiven Herzrhythmusimplantate Abteilung für Elektrophysiologie in der Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	**Zusatzqualifikation nach dem Curriculum Spezielle Rhythmologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. – DGK** Gremium Zusatzqualifikation Spezielle Rhythmologie der DGK
Prostatazentrum Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie im Verbund mit fünf urologischen Praxen (Kooperationspartner) in Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Prostatazentren im URO-CERT e. V.** URO-CERT VERBAND Urologischer Kompetenzzentren e. V.
Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Evangelisches Klinikum Köln Weyertal mit Allgemein-, Viszeral-, und Tumorchirurgie Klinik und Poliklinik für Neurologie Ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation, Uni-Reha GmbH	**Fachliche Anforderungen an zertifizierte Kontinenz- und Beckenbodenzentren der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – DGGG, der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie – DGK gemeinsam mit der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Coloproktologie – CACP, der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – DGAV, der Deutschen Gesellschaft für Urologie – DGU und der Deutschen Kontinenz Gesellschaft** CERT iQ Zertifizierungsdienstleistungen GmbH im Auftrag der Zertifizierungskommission der Gesellschaften
Europäisches Hodentumorzentrum Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboterassistierte Chirurgie	**Accreditation of European Association of Urology – EAU and European Board of Urology – EBU** Zertifizierungsstelle European Board of Urology – EBU
EBU-EAU Host Centre in the field of Urothelial Cancer Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboterassistierte Chirurgie	**Accreditation of European Association of Urology – EAU and European Board of Urology – EBU** Zertifizierungsstelle European Board of Urology – EBU

Bereiche	Zertifikate
Onkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln Organkrebszentren + Hauptkernleister: Radiologie, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Pathologie, Palliativmedizin, Psychoonkologie	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Onkologische Zentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Das CIO Köln bildet mit dem Westdeutschen Tumorzentrum (WTZ) Essen das „Cancer Research Center Cologne Essen – CCCE“, welches Teil des „Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen – NCT“ ist.

Brustzentrum Köln	**Anforderungen des Landes NRW für Brustzentren** ÄKzert der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster
Brustkrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den von der Deutschen Krebsgesellschaft – DKG und der Deutschen Gesellschaft für Senologie – DGS definierten fachlichen Anforderungen an Brustkrebszentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Gynäkologisches Krebszentrum und Brustkrebszentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren und Brustkrebszentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Gynäkologische Dysplasie-Einheit im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den von der AG-CPC, DGGG, AGO und DKG definierten Anforderungen an Gynäkologische Dysplasie-Einheiten** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Hauttumorzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Hautkrebszentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kinderonkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kinderonkologie** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Kopf-Hals-Tumorzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Kopf-Hals-Tumorzentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Bereiche	Zertifikate
Lungenkrebszentrum Köln Solingen – LuKS im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln für die Standorte Universitätsklinikum Köln Krankenhaus Bethanien Solingen	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Lungenkrebszentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Neuroonkologisches Tumorzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Neuroonkologische Zentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Uro-Onkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln • **Nierenkrebszentrum** • **Prostatakrebszentrum** • **Harnblasenkrebszentrum**	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Uro-Onkologische Zentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Sarkomzentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Sarkomzentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Viszeralonkologisches Zentrum im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln • **Darmkrebszentrum** • **Leberkrebszentrum** • **Magenkrebszentrum** • **Pankreaskarzinomzentrum** • **Ösophaguskrebszentrum**	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Viszeralonkologische Zentren** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik: Molekulare Humangenetik	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Zentren für familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK-Zentrum)** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. **QM-System nach DIN EN ISO 9001 für Klinische Beratung und Betreuung** ÄKzert® der Ärztekammer Westfalen-Lippe **Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik: Molekulare Humangenetik** DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrum für Hämatologische Neoplasien im CIO Köln Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Zentren für Hämatologische Neoplasien** OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.

Bereiche	Zertifikate
Exzellenzzentrum für Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstrakts im CIO Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Köln Düsseldorf am Universitätsklinikum Köln	**Standards of Center of Excellence by European Neuroendocrine Tumor Society – ENETS** DQS GmbH Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen
Zentrum für Neurochirurgie Excellence for Training in Neurosurgery Klinik für Allgemeine Neurochirurgie und Klinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie	**European Standards of Excellence for Training in Neurosurgery by Union Européenne des Médecins Spécialistes – UEMS and European Association of Neurosurgical Socities – EANS** Joint Residency and Advisory Accreditation Committee
Neurovaskuläres Netzwerk Zusammenarbeit von Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie, Gefäßchirurgie und Kardiologie mit mehreren Kooperationskliniken im Umkreis (Netzwerkpartner)	**QM-System für ein Neurovaskuläres Netzwerk nach dem Qualitätsstandard der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft e. V. – DSG, der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie und der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie – DGNC** LGA InterCert Zertifizierungsgesellschaft mbH
Zentrum für Schädelbasischirurgie Zusammenarbeit des Zentrums für Neurochirurgie, der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, des Neuroonkologischen Tumorzen-trums, der Sektion Neuroradiologie am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, des Zentrums für Augenheilkunde und des Instituts für Neuropathologie	**Kriterien der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e. V. – GSB** Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e. V.
Wundzentrum Dermatologie/Gefäßchirurgie in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie und der Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie	**Anforderungen der Initiative Chronische Wunden – ICW e. V. und medizinischer Fachgesellschaften** QM-Geschäftsstelle – Wundsiegel der mamedicon GmbH im Auftrag der ICW e. V.
Audiologisches Zentrum Zusammenarbeit der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, des Cochlear Implant Centrums Köln – CIK, des Screeningzentrums Nordrhein sowie des Jean-Uhrmacher-Instituts für klinische HNO-Forschung an der Universität zu Köln	**Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Audiologie – DGA** Vorstand der DGA
Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Medizinischen Fakultät	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** TÜV SÜD Management Service GmbH
ECRIN Data Centre Zentrum für Klinische Studien (ZKS) der Medizinischen Fakultät for IT and Data Management	**Data Management Standards of the European Clinical Research Infrastructure Network – ECRIN** ECRIN Independent Certification Board

Institute und Laboratorien

Bereiche	Zertifikate
Institut für Humangenetik für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik mit dem Untersuchungsgebiet Humangenetik (Molekulare Humangenetik)	**Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189** DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Institut für Klinische Chemie für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik mit den Untersuchungsgebieten Klinische Chemie, Immunologie, Humangenetik (Molekulare Humangenetik), Mikrobiologie, Virologie, Transfusionsmedizin, Patientennahe Untersuchungen (POCT)	**Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 und nach DIN EN ISO 22870 (Point of care testing)** DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene für Medizinische Mikrobiologie, Umweltanalytik und Krankenhaushygiene	**Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189:2014 und nach DIN EN ISO/IEC 17025:2005** Deutsche Gesellschaft für Akkreditierung mbH
Institut für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie für Inspektionen in den Bereichen der pathologisch-anatomischen Begutachtungen an humanen Geweben/Zellen/Körperflüssigkeiten und der Obduktionspathologie in der Humanmedizin	**Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020** DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
DRG-Schwerpunktzentrum für Kardiovaskuläre Bildgebung Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	**Qualitätskriterien der Deutschen Röntgengesellschaft e. V. – DRG und der Arbeitsgemeinschaft Herz- und Gefäßdiagnostik in der DRG** AG Herz- und Gefäßdiagnostik der DRG
Institut für Rechtsmedizin für Forensik, Kriminaltechnik, Gesundheitsversorgung (Nukleinsäureanalytik) bzw. für Inspektionen im Bereich Forensik	**Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025 und nach DIN EN ISO/IEC 17020** DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Institut für Virologie für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik	**Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189** DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Labor für molekulare Hämatologie und Onkologie für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik	**Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189** DAkks, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin für Medizinische Laboratoriumsdiagnostik	**Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189** DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin für Forensik	**Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025** DAkkS, Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin for Histocompatibility Testing	**Accreditation to the EFI Standards** European Federation for Immunogenetics – EFI
Zentrale Dienstleistung für Transfusionsmedizin in the area: Collection of HPC, Apheresis	**Accreditation in the FACT-JACIE International Standards for Cellular Therapy** Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT (JACIE)

Zentrale Dienste und Tochtergesellschaften

Bereiche	Zertifikate
Informationssicherheitmanagement für IT-Systeme, die flächendeckend für kritische Dienstleistungen der medizinischen Versorgung eingesetzt werden	**ISMS nach ISO/IEC 27001** TÜV Rheinland Cert GmbH
Betriebliches Eingliederungsmanagement	**Kriterien des International Disability Management Standards Council – IDMSC** Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV / Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln – iqpr
MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH für **MVZ** Zentrales Management **MVZ I** Orthopädie, Pränatalmedizin, Humangenetik, Kryobank **MVZ II** Augenheilkunde, Onkologie, Palliativmedizin, Psychotherapie, Infektiologie, Neurologie **MVZ III** Neurochirurgie **MVZ IV** Hormonlabor, Nuklearmedizin, Radiologie **MVZ Praxis am Stadtwaldgürtel** Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie internationaler Patienten	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** TÜV SÜD Management Service GmbH
MVZ des Universitätsklinikums Köln gGmbH für das ambulante OP-Zentrum, OP 4	**Hygienevorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein einschließlich krankenhaushygienischer Standards** Deutsches Beratungszentrum für Hygiene
medfacilities GmbH für **Entwicklung und Bau** Standort Köln **Bau** Standort Bergisch Gladbach	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** infaz Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH
medfacilities GmbH für Entwicklung und Bau, Standort Köln sowie für Bau, Standort Bergisch Gladbach	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH
medfacilities Betrieb GmbH für Dienstleistungen für Einrichtungen im Gesundheits- und Forschungswesen mit den Schwerpunkten Betriebstechnik, Medizintechnik, Einweisungsmanage-ment (Medizingeräte), Medizinische Maskenproduktion, Gewähr-leistungsmanagement und Beratung und Implementierung eines Nachhaltigkeits-managements	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH

Bereiche	Zertifikate
MedUniServ GmbH für logistische Dienstleistungen (Materialversorgung, Textilwirtschaft und Projektmanagement)	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH
SterilGut GmbH für die zentrale Aufbereitung von Medizinprodukten (Reinigung, Desinfektion, Sterilisation und Kommissionierung)	**QM-System nach DIN EN ISO 13485** TÜV Rheinland Cert GmbH
UniReha GmbH für **Ambulante orthopädisch-traumatologische Rehabilitation** **Therapiekonzept für Kinder & Jugendliche „Auf die Beine“**	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** MSzert Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen mbH
UKC Universitätsklinikum Köln Catering GmbH für Patienten- und Gästeverpflegung in den Bereichen Zentralküche, Cafeteria, Kiosk und Konferenzservice	**HACCP-Konzept nach Codex Alimentarius** infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH
UKR Universitätsklinikum Köln Reinigungs GmbH für Dienstleistungen und kundenspezifische Lösungen im Bereich der Gebäudereinigung	**QM-System nach DIN EN ISO 9001** TÜV Rheinland Cert GmbH

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Audits

Die Audits wurden anhand der vorliegenden Verfahrensanweisungen vor Ort bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Alle zertifizierten QM-Systeme werden jährlich intern auditiert und die Ergebnisse im Management Review bewertet.

Benchmarking

Das Brustzentrum der Klinik für Frauenheilkunde hat sich auch 2020 wieder an einem freiwilligen Benchmarking beteiligt. Ausgewertet werden die Daten durch das Westdeutsche Brust-Centrum.

Die externe vergleichende Qualitätssicherung ist Teil der klinischen Prozesse. Die Daten werden von den Medizinischen Synergien auch unterjährig ausgewertet und den Klinikdirektoren und dem Vorstand vorgestellt.

Befragungen

Die Befragungen der Krankenkassen, wie der AOK Rheinland und Hamburg, beinhalten Benchmarks zu den jeweiligen Fragen. Die Benchmarks werden differenziert zwischen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und Universitätskliniken. Die Ergebnisse werden dem Ärztlichen Direktor oder dem Klinischen Vorstand vorgestellt und gegebenenfalls Maßnahmen dazu initiiert.

Hinweise zur Datengrundlage

Angaben zu Fallzahlen anhand der Erfassung zur Abrechnung

Die ICD- und OPS-Codes, also die Schlüsselnummern zu Diagnosen und Behandlungen, werden anhand der Krankenakte zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale zur Abrechnung erfasst, ein „Fall wird kodiert".

ICD – Diagnoseschlüssel-Katalog
International Statistical **C**lassification of **D**iseases and Related Health Problems

OPS – Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V
Operationen- und **P**rozeduren-**S**chlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen die verpflichtenden Deutschen Kodierrichtlinien beachtet werden. Einige Codes dürfen nur einmal pro Fall kodiert bzw. gezählt werden, während andere Codes bei jeder erbrachten Leistung erfasst werden müssen.

In der Praxis ist es für die Erfassung vor allem relevant, ob ein ICD- bzw. OPS-Code tatsächlich erlösrelevant ist, dies auch ohne Absicht zur gezielten Erlösmaximierung. Ein weiterer Einfluss ergibt sich dadurch, wer die Daten erfasst bzw. wie der Arbeitsprozess der OPS-Kodierung in den einzelnen Fachabteilungen organisiert ist.

ICD- und OPS-Codes sind daher als Abrechnungsschlüssel nicht mit einer medizinischen Dokumentation zu verwechseln.

Datensatz analog § 21 KHEntgG

Die einheitliche Datengrundlage für die Fallzahlen (Top-Listen) zu ICD- und OPS-Codes im Strukturierten Qualitätsbericht ist analog zum Datensatz nach § 21 Krankenhaus-Entgelt-Gesetz (KHEntgG).

Der Datensatz nach § 21 KHEntgG enthält Daten zu allen stationären Fällen. Er wird vom Controlling erstellt und einmal im Jahr gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Dort werden diese Daten zur Anpassung der Vergütungsregeln (DRG) eingesetzt.

Es werden für diesen Bericht nur die Hauptdiagnosen eines Falls berücksichtigt. Teilstationäre Fälle wurden nur für die Top-Listen der OPS-Codes berücksichtigt.

Daten zu ambulanten, somatischen Fällen sind im Datensatz nach § 21 KHEntgG nicht enthalten und sollen gemäß der Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Top-Listen zu den ICD- und OPS-Codes auch nicht mitgezählt werden.

Top-Listen zu ICD-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der Hauptdiagnose nach ICD ist anhand der entlassenden Fachabteilung umgesetzt. Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen der Universitätsklinik Köln, bei dem ein Fall und damit dessen Hauptdiagnose der Fachabteilung mit der kumuliert längsten Verweildauer einer Patientin oder eines Patienten zugeordnet wird.

Top-Listen zu OPS-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der OPS-Codes ist laut G-BA nach der leistungserbringenden Fachabteilung vorzunehmen. Da diese Information in der Datenbasis nicht enthalten ist, wird ein Regelwerk auf die Daten angewendet, das anhand des OPS-Codes und der "liegenden" bzw. anfordernden Fachabteilung die Leistung der erbringenden Fachabteilung zuordnet.

Regelbasierte OPS-Zuordnung

Für den Strukturierten Qualitätsbericht 2006 wurde die Zuordnung der OPS-Codes zur erbringenden Fachabteilung erstmalig anhand von Regeln vorgenommen.

Der OPS-Katalog wurde systematisch daraufhin überprüft, ob eine Leistung typischerweise von einer Fachabteilung erbracht wird, wie z. B. ein Computertomogramm („CT“) von der Radiologie. Dabei hat sich gezeigt, dass die Information, auf welcher Fachabteilung die Patientin oder der Patient liegt, ein zusätzlich entscheidendes Kriterium sein kann, von welcher Fachabteilung die Leistung konsiliarisch angefordert wird.

Anhand dieser Analyse wurde ein Regelwerk erstellt, das seitdem in der hausinternen Diskussion korrigiert und ergänzt wird. Anhand des OPS-Codes und der „liegenden“ (anfordernden) Fachabteilung wird die Leistung der erbringenden Fachabteilung zugeordnet.

Ab Berichtsjahr 2020 erfolgt die Regelanwendung direkt im Controlling.

Vergleichbarkeit zum Vorjahr

Die Kataloge zu ICD und OPS unterliegen wie auch die Kodierrichtlinien einem jährlichen Wandel, der einen jahresübergreifenden Vergleich nicht ohne nähere Prüfung der Katalogwerke und der Kodierrichtlinien zulässt.

Vergleichbarkeit zu anderen Berichten

Die Angaben zu Fallzahlen im Strukturierten Qualitätsbericht werden gemäß der DRG-Systematik ermittelt, die Angaben zu Fallzahlen im Jahresbericht (Geschäftsbericht) werden nach den Regeln der Landeskrankenhausstatistik berechnet. Diese unterschiedlichen Vorgaben führen zu unterschiedlichen Angaben. Die Fallzahlen im Jahresbericht und im Strukturierten Qualitätsbericht können daher nicht miteinander verglichen werden.

Angaben zum Personal

Die Angaben zum Personal erfolgen gemäß Beschluss des G-BA ohne Personalanteil für Forschung und Lehre.

Hinweis zu den Texten

Alle Texte, die auch in der maschinenlesbaren Datenbankfassung enthalten sind, hauptsächlich also die Texte in Tabellen, unterliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Textlängenbeschränkung (meist nur 300 Zeichen), daher muss hier eine knappe Formulierung gewählt werden, die auf Abkürzungen nicht verzichten kann.

Hinweis zum Datenschutz

Die eindeutige Krankenversicherungsnummer (eGK-Nummer), die seit 2013 im Datensatz nach § 21 KHEntgG verpflichtend enthalten ist, wurde vor der Aufbereitung für diesen Bericht anonymisiert. Aus der Datengrundlage für diesen Bericht kann daher kein Bezug mehr zu einer konkreten Person hergestellt werden.

Projektleitung
Zentralbereich Medizinische Synergien
Dr. med. Martin Klein
27.10.2022

Impressum

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Ärztlicher Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig
Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor

Universitätsklinikum Köln

Hausanschrift:	Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Postanschrift:	50924 Köln
Telefon	+49 (0)221/478 – 6241
E-Mail	aerztlicher-direktor@uk-koeln.de

Redaktionelle Bearbeitung

Projektleitung
Dr. med. Martin Klein
Zentralbereich Medizinische Synergien

Telefon	+49 (0)221/478 – 86850
Telefax	+49 (0)221/478 – 6778
E-Mail	martin.klein@uk-koeln.de

Redaktionelle Mitarbeit
Anahieta Heu-Parvaresch, M. Sc. (Zentralbereich Medizinische Synergien)

Datensatz analog § 21 KHEntgG, Anonymisierung und Aufbereitung
Ines Dohle, B. A. (Controlling)
Dr. med. Martin Klein (Zentralbereich Medizinische Synergien)

Datenauswertung für die OPS-Tabellen und für den ambulanten Bereich
Roman Voskoboynik (Controlling)

Angaben zu Personalzahlen und -qualifikationen
André Marco Redelstein (Controlling)
Frank Zwingers (Geschäftsbereich Personal)
Alina Richardt, M. Sc. (Pflegedirektion)
Martina Piontek (Pflegedirektion)
Edvinas Kasparaitis (OP-Management)

Anzahl Betten
Sarah Bär (Controlling)

Die weiteren Angaben zu den Fachabteilungen wurden bei den Direktoren der Kliniken und den Leitern der Institute angefragt.

Redaktion für Kapitel D - Qualitätsmanagement
Dr. rer. nat. Thomas Groß (Leiter Zentralbereich Medizinische Synergien)

Laiensprachliche Übersetzungen zu ICD- und OPS-Katalogen
Bertelsmann Stiftung (www.weisse-liste.de) außer an gekennzeichneten Stellen

Alle Fotos
MedizinFotoKöln (Dekanat der Universität zu Köln)

Alle Rechte bei den Urhebern

Software zur Datenaufbereitung
empira Software GmbH (www.empira.de)

Alle Strukturierten Qualitätsberichte der Universitätsklinik Köln 2004 – 2021 (PDF)
www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte

Strukturierte Qualitätsberichte der CardioCliniC Köln 2020 – 2021 (PDF)
www.cardioclinic-koeln.de/qualitaetsberichte