



**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 2022

Standort Universitätsklinik Köln

2022



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

wir freuen uns über Ihr Interesse am Universitätsklinikum Köln und präsentieren Ihnen unseren Qualitätsbericht 2022. 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 53.000 stationäre Fälle und über 350.000 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.

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

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

Der Vorstand des Universitätsklinikums Köln im November 2023



Univ.-Prof. Dr. med.
Edgar Schömig

**Vorstandsvor-
sitzender und
Ärztlicher Direktor**

Damian Grüttner

**Stellv. Vorstands-
vorsitzender und
Kaufmännischer
Direktor**

Marina Filipović

Pflegedirektorin

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

Dekan

Univ.-Prof. Dr. med.
Peer Eysel

**Stellvertretender
Ärztlicher Direktor**



Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2022 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 das Universitätsklinikum Köln seit 2020 als ein Krankenhaus mit zwei Standorten:

- Universitätsklinikum Köln
- CardioCliniC Köln

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



Inhaltsverzeichnis

Liebe Leserinnen, liebe Leser, ...	2
<i>Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2022</i>	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 [unbesetzt]	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	23
A-9 Anzahl der Betten	28
A-10 Gesamtfallzahlen.....	28
A-11 Personal des Krankenhauses.....	29
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	37
A-13 Besondere apparative Ausstattung	53
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	55
B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen.....	57
B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I – Onkologie, Hämatologie, Klinische Infektiologie, Klinische Immunologie, Hämostaseologie und Internistische Intensivmedizin	58
B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II – Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin	73



B-3	Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III – Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und internistische Intensivmedizin	84
B-4	Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie	94
B-5	Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin	104
B-6	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	109
B-7	Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie	121
B-8	Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie	130
B-9	Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie	144
B-10	Zentrum für Neurochirurgie	153
B-11	Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie	166
B-12	Klinik und Poliklinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie	175
B-13	Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie	184
B-14	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	196
B-15	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	206
B-16	Zentrum für Augenheilkunde – Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde	219
B-17	Klinik und Poliklinik für Neurologie	229
B-18	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie	241
B-19	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters	251
B-20	Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie	262
B-21	Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	270
B-22	Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie	279
B-23	Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie	287
B-24	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie	299
B-25	Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin	312
B-26	Zentrum für Palliativmedizin	320
B-27	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie	328
B-28	Transfusionsmedizin	338
B-29	Zentrum für Pharmakologie	345
B-30	Institut für Klinische Chemie	350



B-31	Institut für Pathologie und Pathologische Anatomie.....	354
B-32	Institut für Neuropathologie	358
B-33	Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene.....	361
B-34	Institut für Virologie.....	366
B-35	Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	372
B-36	Institut für Humangenetik.....	376
B-37	Institut für Allgemeinmedizin.....	383
C	Qualitätssicherung	386
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	387
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	674
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	674
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	674
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	675
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	678
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	680
C-8	Pflegepersonaluntergrenzen im Berichtsjahr	681
C-9	Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)	689
C-10	Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien	699
D	Qualitätsmanagement	700
D-1	Qualitätspolitik	701
D-2	Qualitätsziele	702
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	703
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements.....	705
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	709
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	720
	Hinweise zur Datengrundlage	721
	Impressum	723



Hinweis zur Sortierung in Tabellen

Die Zeilen in den Tabellen der Kapitel

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

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

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

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

Hinweis zu Fallzahlen < 4

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

Hinweis zur genderneutralen Formulierung

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

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



A **Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**



A-1

Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Im Bericht dargestellter Standort

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

Ärztliche Leitung

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

Pflegedienstleitung

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

Verwaltungsleitung

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

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

** = Standortnummer: Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

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

- Universitätsklinikum Köln
- CardioCliniC Köln

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

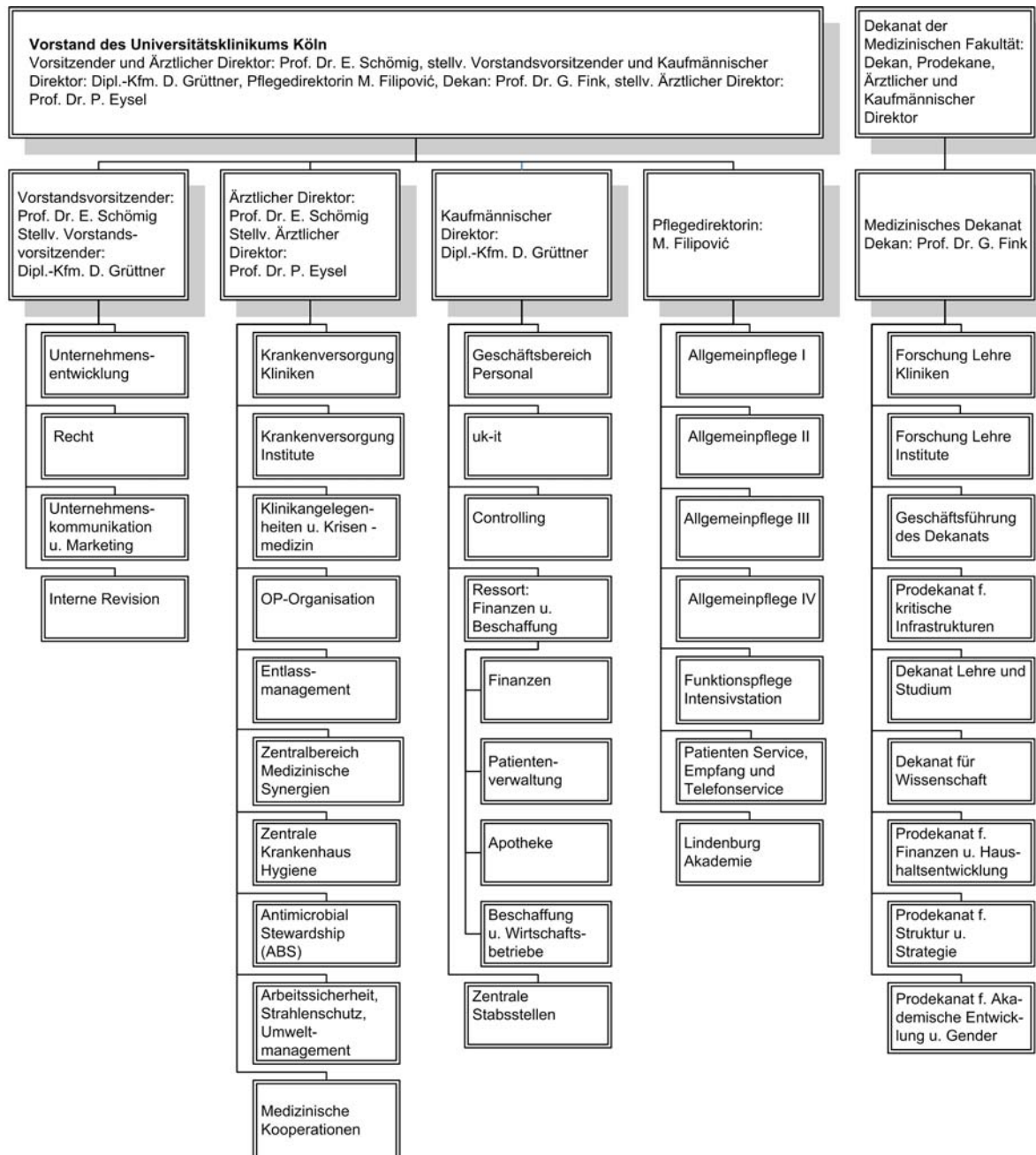
A-4 [unbesetzt]

Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser vom 15. Dezember 2022 entfällt das Kapitel zur regionalen Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie und die Abschnittsnummer bleibt unbesetzt.

Dieses Kapitel wurde gestrichen, da differenzierte Angaben im Kapitel C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung aufgenommen wurden.



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



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, rückergeordnetes 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/ihrer 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 Nystagmus 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. Pflegenden Angehörigen 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 IBCLC-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 Wundanamnese u. -assessment bei Menschen mit chronischen oder komplexen Wunden, Beratung bei Erstellung eines Therapie- und Versorgungskonzepts, Durchführung, Dokumentation, 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, Lindener Allee 38, 50931 Köln, Tel: 0221-403050, www.jcw-schule.de
NM62	Schuleteilnahme 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 Begleitservice 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, wie von Delir-, 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 (Übergroße, 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. Poliklinik f. Psychosomatik u. Psychotherapie, Klinik u. Poliklinik f. Radioonkologie, Cyberknife- u. Strahlentherapie, Klinik f. Anästhesiologie u. Operative Intensivmedizin, Zentrum f. Palliativmedizin
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus
BF30	Mehrsprachige Internetseite Englisch
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit

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



A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr) Jährlich werden ca. 600 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 2022 promovierten 226 Doktoranden zum Dr. med., Dr. med. dent. und Dr. rer. medic.

Forschungsschwerpunkte

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

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

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

Die drei Forschungsschwerpunkte der Fakultät „Tumorbilogie, Infektion und Immunität“, „Homöostatische Prinzipien im Stoffwechsel und in der Geweberegeneration“ und „Neuromodulation“ weisen jeweils verschiedene Gruppenförderinstrumente (SFBs, (klinische) Forschungsgruppen, Graduiertenkollegs) der DFG auf. Grundlagen dieser strukturierten Förderungen und der Forschungsschwerpunktbildung durch die Medizinische Fakultät sind international herausragende Publikationen und eine internationale Sichtbarkeit sowie über einzelne Arbeitsgruppen hinausgehende hochkompetitive wissenschaftliche Kooperationen.

Der Querschnittsbereich „Health & Health Services“ ist universitätsweit unter Einbeziehung der Humanwissenschaftlichen, Rechtswissenschaftlichen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen sowie Philosophischen Fakultäten verankert um neben



medizinischen auch grundlegende ethische, rechtliche, ökonomische, human- und sozialwissenschaftliche Fragen von gesellschaftlicher Relevanz unter Einbeziehung von Versorgungsforschung zu berücksichtigen.

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

Akademische Ausbildung

Patienten- und Patientinnennahe Studiengänge:

Seit dem Wintersemester 2003/2004 studieren die auszubildenden zukünftigen Ärztinnen und Ärzte in einem Modellstudiengang: Interdisziplinarität, Wissenschaftlichkeit und früher Patientenkontakt in einer hausärztlichen Praxis vom Studienbeginn an sowie die Vermittlung patientennaher, ärztlicher Fertigkeiten stehen im Zentrum des Modellstudiengangs. Das Projekt „Forschung im Medizinstudium“ ist in mehreren zielgruppenorientierten Formaten (Wissenschaftliche Projekte, Forschungsbörse, Graduiertenschule Human- und Zahnmedizin, Research Track) implementiert. Derzeit bereitet sich die Medizinische Fakultät schon intensiv auf die neue ÄApprO vor, die für 2027 erwartet wird.

Die Medizinische Fakultät der Universität zu Köln bietet zudem die Möglichkeit des Studiums der Zahnheilkunde in einem reformierten Studiengang an, in welchem neben einer interdisziplinären zahnärztlichen Versorgung die Vermittlung kommunikativer und sozialer und auch notfallmedizinische Kompetenzen vermittelt werden. Die Medizinische Fakultät befindet sich hier in der Umsetzungsphase der neuen ZÄApprO.

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

Seit dem Wintersemester 2021/22 ist auch die „Angewandte Hebammenwissenschaft“ als Bachelor of Science an der Medizinischen Fakultät studierbar. 25 Studierende besuchen den primär-qualifizierenden Studiengang, der in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Köln und einem Netzwerk von Kölner Geburtskliniken und -ambulanzen, Hebammen wissenschaftlich und berufsnah ausbildet.

Natur- und Gesellschaftswissenschaftliche Studiengänge:

Die Bachelor- und Masterstudiengänge „Neurowissenschaften“ der Medizinischen Fakultät werden entlang des neurologischen Forschungsschwerpunkts „Neuro-modulation“ unter Beteiligung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät grundständig in der Medizinischen Fakultät geführt.

Weiterhin werden unter Leitung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Bachelorstudiengang „Biochemie“ sowie mit mehreren anderen Fakultäten der Universität gemeinsam der englischsprachige „International Master of Environmental Sciences“ angeboten. 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.

Beteiligt ist die Medizinische Fakultät auch am durch die Humanwissenschaftliche Fakultät angebotenen Masterstudiengang „Versorgungswissenschaften“. Dieser bereitet Studierende auf die wissenschaftliche Bewertung von Versorgungsstrukturen und -leistungen vor.

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. Zudem unterstützt die Medizinische Fakultät den 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
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 2022 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 Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (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. zum 1.10. www.uk-koeln.de/karriere/ausbildung-studium/ausbildungsberufe
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA) Theor. Ausbildung n. DKG-Richtl. in Koop. m. Medical School Düsseldorf, prakt. Ausbildung in OP- u. Funktionsbereichen, 20 Ausb.-pl./Jahr intern u. 5 extern, eigene ATA-Schule ab 2023, alle Kurse ab 2022 n. ATA/OTA-Gesetz u. ATA/OTA-APrV 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen
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 01.04.22 mit 36 Plätzen und 01.10.22 mit 25 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	1.532
– davon Betten in Tageskliniken	47
Stichtag: 31.12.2022	

A-10 Gesamtfallzahlen

Stationäre Fälle	53.835
Teilstationäre Fälle (Tagesklinik)	1.960
Ambulante Fälle (Kontakte)	354.585
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			937,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	937,55	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	623,37	
	- ambulant	314,18	
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			471,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	471,57	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	314,06	
	- ambulant	157,51	
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			13,37
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,37	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	9,09	
	- ambulant	4,28	
Ärztlicher Direktor, Krankenhaushygiene, OP-Management, Unternehmensentwicklung, Medizinische Synergien, Betriebsärzte, Arbeitsmedizin, Infektionsprävention, Projekte			
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			11,04
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,04	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	7,28	
	- ambulant	3,76	

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



A-11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		1.470,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1.452,27 18,01	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1.301,08 169,20	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		232,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	232,78 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	228,07 4,71	
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		19,88
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	19,88 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	16,23 3,65	
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	3 Jahre		0,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,15 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,15 -	
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		88,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	88,55 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	87,62 0,93	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		15,50
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	15,5 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,95 0,55	
Hebammen und Entbindungspfleger	3 Jahre		17,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	17,49 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	15,96 1,53	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		61,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	61,72 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	54,41 7,31	



Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		139,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	139,96	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	137,46	
	- ambulant	2,50	

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

Patientenservice

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

Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zugeordnet ist

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		63,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	63,26	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	5,00	
	- ambulant	58,26	
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		4,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,61	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	4,61	
	- ambulant	–	
Hebammen und Entbindungspfleger	3 Jahre		0,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,71	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	0,71	
	- ambulant	–	
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		4,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,98	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	4,98	
	- ambulant	–	
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		3,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,03	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	3,03	
	- ambulant	–	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		21,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,56	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	21,56	
	- 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		15,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	15,95 –
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,56 4,39
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		1,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,83 –
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,33 0,50
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		7,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,54 –
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	7,03 0,51
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		7,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,60 5,70
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	7,18 0,12
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		5,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,62 4,85
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,47 –
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen		4,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,93 –
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,29 1,64

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		5,68
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,68 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 3,92 - ambulant 1,76	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe		15,95
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 15,95 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 11,56 - ambulant 4,39	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut		20,59
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 4,40 - indirekt 16,19	
	Versorgungsbereich	- stationär 19,64 - ambulant 0,95	
SP06	Erzieherin und Erzieher		23,04
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 23,04 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 21,64 - ambulant 1,40	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge		15,43
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 15,43 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 11,09 - ambulant 4,34	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut		7,54
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 7,54 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 7,03 - ambulant 0,51	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut		0,65
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,65 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,55 - ambulant 0,10	
SP14	Logopädin und Logopäde/ Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/ Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/ Phonetikerin und Phonetiker		18,32
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 4,29 - indirekt 14,03	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,85 - ambulant 1,47	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister		10,31
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 6,55 - indirekt 3,76	
	Versorgungsbereich	- stationär 9,50 - ambulant 0,81	
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)		27,16
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 27,16 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 19,01 - ambulant 8,15	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)		131,88
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 131,88 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 96,27 - ambulant 35,61	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)		81,24
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 81,24 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 49,72 - ambulant 31,52	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut		0,22
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,22 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,19 - ambulant 0,03	
SP59	Notfallsanitäterinnen und –sanitäter (Ausbildungsdauer 3 Jahre)		5,65
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 5,65 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 5,31 - ambulant 0,34	
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/ Orthopäadieschuhmacherin und Orthopäadieschuhmacher		0,44
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,44 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,40 - ambulant 0,04	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/ Augenoptikerin und Augenoptiker		10,17
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 10,17 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 0,61 - ambulant 9,56	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement		6,34
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 6,34 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 5,71 - ambulant 0,63	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie		14,64
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,78 - indirekt 12,86	
	Versorgungsbereich	- stationär 14,64 - ambulant –	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta		17,38
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 0,50 - indirekt 16,88	
	Versorgungsbereich	- stationär 16,26 - ambulant 1,12	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut		61,93
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 6,33 - indirekt 55,60	
	Versorgungsbereich	- stationär 59,25 - ambulant 2,68	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut		1,83
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 1,83 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 1,33 - ambulant 0,50	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter		11,06
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 11,06 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 9,18 - ambulant 1,88	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge		15,68
	Beschäftigungsverhältnis	- direkt 15,68 - indirekt –	
	Versorgungsbereich	- stationär 10,98 - ambulant 4,70	

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 einrichtungsweginternen 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 528 CIRS Meldungen in 2022, die arbeitstäglich bearbeitet wurden, führte zu Korrekturen oder Veränderungsmaßnahmen.

- Neue Telefone in der Psychiatrie, die beim Notfallruf den Standort übermitteln.
- Die Vorbereitung zu Aufbereitung von Sterilgut wurde im OP verbessert, damit keine Knochen und Zementreste am Sterilgut verbleiben und nicht mehr ablösbar sind.
- Für Blutproben wurden neue Abholkästen und ein fester Abholplan etabliert, um die Anzahl der Notfalltransporte zu vermindern.



A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Nr.	Fehlermeldesystem
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)
EF06	CIRS NRW (Ärztetkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)

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 über 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 drei Fachärztinnen (Fachärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin sowie für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie), einem Facharzt für Anästhesiologie, mit curriculärer Weiterbildung zum Krankenhaushygieniker, einem Weiterbildungsassistenten für den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin und neun Hygienefachschwestern bzw. -pflegern sowie zwei Hygienefachkräfte in Weiterbildung besetzt. Darüber hinaus steht dem Team für das Hygienemanagement eine nicht-ärztliche Krankenhaushygienikerin (Bachelor of Science), 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 Unterstützung 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. Außerdem erfolgt wie vom Infektionsschutzgesetz vorgegeben, ein Screening aller Patienten, die zuvor medizinisch in definierten Ländern außerhalb Deutschlands behandelt wurden, ein sog. Auslandsscreening auf weitere multiresistente Erreger. 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 händehygienischer Vorgaben.

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

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

Antimicrobial Stewardship (ABS)

Für die Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung in der Universitätsklinik Köln wurde bereits 2015 das multidisziplinäre Team zur Antibiotika Stewardship (ABS-Team) gebildet, das aus ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Infektiologie, der mikrobiologischen Diagnostik und klinisch-mikrobiologischen Beratung, der operativen Intensivmedizin, der 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	4
Zwei Hygienikerinnen sind Fachärztinnen für Hygiene und Umweltmedizin sowie Fachärztinnen für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Ein weiterer Krankenhaushygieniker befindet sich in Weiterbildung.	
Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen	38
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	116
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
- Krankenhaushygienikerin (BSc)

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 des Universitätsklinikums 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 des Universitätsklinikums 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
- Kopfhaut	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 Venen-verweilkathetern liegt vor.	ja
Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.	ja

A-12.3.2.2

Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

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



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

A-12.3.2.3

Umgang mit Wunden

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	161,00 ml/ Patiententag
Der Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen wurde für das Berichtsjahr erhoben:	ja
Wenn ja,	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	56,00 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 Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	ja
Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	ja
Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten.	ja

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	nein
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	CDAD-KISS HAND-KISS ITS-KISS MRSA-KISS NEO-KISS OP-KISS
	KISS (Krankenh.-Infekt.-Surveillance-System): CDAD = Clostr. diff. ass. Diarrhoe, HAND = Händedesinfektionsmittelverbrauch, ITS = Intensivstation, MRSA = Methicillin-resist. Staph. aur., NEO = Neonatologie, 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 6 Wochen).	
BM06	Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja
	Es sind drei Ansprechpersonen benannt. Die Verantwortlichkeiten sind in der Verfahrensanweisung geregelt. Silke Biesterfeld-Kindler von Knobloch Eva-Maria Heidrich Achim Turek 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 Patientenführsprecher oder eine Patientenführsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt	ja
	Die unabhängige Patientenführsprecherin 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 Patientenführsprecherin berichtet einmal jährlich dem Vorstand in einer besonderen Sitzung. Maria Schidlowski Unabhängige Patientenführsprecherin 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 anonymen 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)

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl der Personen
Apothekerinnen und Apotheker	26
Weiteres pharmazeutisches Personal	37
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

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen



Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation der Patientin oder des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- **Medikationsprozess im Krankenhaus**

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- **Entlassung**

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

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

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



Nr.	Instrument bzw. Maßnahme
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-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungs-internen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?	ja

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.

Vorgeschriebene Angabe	ja/nein
Es werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt.	ja
Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst:	ja



Prävention

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	Es werden von der Kinderschutzgruppe regelmäßige Treffen mit Weiterbildungen zur Thematik abgehalten. Hier wird von Kongressteilnahmen und neuen Publikationen zum Thema berichtet.
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen	Es werden von der Kinderschutzgruppe regelmäßige Treffen mit Weiterbildungen zur Thematik abgehalten. Mehrfach im Jahr finden im Rahmen der klinikinternen Fortbildung eine Weiterbildung statt
SK03	Aufklärung	Bei konkreten Fällen ausführliches Gespräch zur Thematik mit allen Beteiligten
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung 12.07.2023
SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	Generelles Beschwerdemanagement an der Institution etabliert
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	Angebot der Mitarbeit im Rahmen der Kinderschutzgruppe während des Curriculums der Weiterbildung und insbesondere während der Rotation in der Notaufnahme und der Intensivstation
SK07	Sonstiges	Motivation und ggf. teilweise Kostenübernahme für Besuch von Kinderschutzkongressen oder entsprechenden Weiterbildungen

Intervention

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Regelmäßige Überprüfung der klinikinternen Handlungsempfehlungen im Verdachtsfall und Hinterlegung im klinikinternen QM System. Letzte Überprüfung 12.07.2023

Aufarbeitung

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	Letzte Überprüfung 12.07.2023



A-13

Besondere apparative Ausstattung

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h ¹
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich	–
	Gammakamera (Darstellung von Krankheitsherden mittels radioaktiver Arzneimittel)		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur 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

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

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

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 der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe Kapitel A-14.3)	nein
Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung	nein
Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart	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	ja
SN05	Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)	ja
SN06	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)	ja

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



B **Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen**



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



Univ.-Prof. Dr. med. Michael Hallek

B-1.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Kurzportrait

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

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

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

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: Alltägliche 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 hämato-onkologischen, malignen Erkrankungen und soliden Tumoren. Insbesondere Chemotherapie, Antikörpertherapie, orale Tumorthherapie, 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: Alltägliche 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 wasserlös. 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 lebensbedrohlicher 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	Labor für molekulare Hämatologie und Onkologie Für die hämatologische und onkologische Diagnostik erfolgen in dem Labor zytomorphologische, durchflusszytometrische, molekulargenetische und zytogenetische Untersuchungen.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI00	Mikrobiotatransfer
	Durchführung von Mikrobiotatransfer (Stuhltransplantation) bei rezidivierender Clostridioides difficile Infektion
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**



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

B-1.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 2.684

Teilstationäre Fallzahl 163

Anzahl Betten 126

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	318
2	C92	Knochenmarkkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Granulozyten)	230
3	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	169
4	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	159
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	156
6	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs – Morbus Hodgkin	111
7	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	88
8	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	68
9	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	66
10	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	58
11	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	56
12	C82	Knotig wachsender Lymphknotenkrebs, der von den sog. Keimzentren der Lymphknoten ausgeht – Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom	48
13	C85	Sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Typ von Lymphknotenkrebs (Non-Hodgkin-Lymphom)	45
14	C15	Speiseröhrenkrebs	33
15	C16	Magenkrebs	32
16	J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen – ARDS	31
17	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	30
18	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	29
19	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	29
20	D46	Krankheit des Knochenmarks mit gestörter Blutbildung – Myelodysplastisches Syndrom	28
21	C84	Lymphknotenkrebs, der von bestimmten Abwehrzellen (T-Zellen) in verschiedenen Organen wie Haut, Lymphknoten, Milz oder Knochenmark ausgeht – Periphere bzw. kutane T-Zell-Lymphome	24
22	C86	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	24



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	24
24	D57	Sichelzellenkrankheit	22
25	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	22
26	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	20
27	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	18
28	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	17
29	A04	Sonstige Durchfallkrankheit, ausgelöst durch Bakterien	16
30	B48	Sonstige Pilzkrankheit	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	949
2	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	930
3	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	925
4	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	847
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	739
6	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	653
7	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	521
8	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	429
9	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	416
10	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	379
11	8-824	Bestrahlung des Blutes mit UV-Licht zur Behandlung bestimmter Tumoren – Photopherese	348
12	6-007	Applikation von Medikamenten, Liste 7	340
13	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	313
14	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	296
15	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	271
16	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	242
17	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	227
18	5-410	Entnahme von Blutstammzellen aus dem Knochenmark und dem Blut zur Transplantation	226



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	209
20	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	198
21	6-005	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 5 des Prozedurenkatalogs	172
22	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	147
23	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	136
24	1-941	Umfassende Untersuchung von Blutkrebs	135
25	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	129
26	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	128
27	6-00b	Applikation von Medikamenten, Liste 11	122
28	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	119
29	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	118
30	6-00a	Applikation von Medikamenten, Liste 10	112

B-1.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) von onkologischen Erkrankungen

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

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

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

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

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

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

CLL-Sprechstunde

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

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

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

Gerinnungsambulanz (Hämostaseologie)

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

Diagnostik und Therapie bei Pat. mit hämorrhagischer Diathese (Blutungsneigung, Faktorenmangel), z. B. Hämophilie A, B und Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom: Alltäg. 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 (z. B. Hämophilie) (mit Ablauf 3. Juli 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

Hämapherese

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

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

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

Hämatologisch-onkologische Ambulanz

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

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

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

Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

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

Infektionsambulanz

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

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

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

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

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Infektionsschutzzentrum

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Diagnostik, Beratung und Behandlung von Patienten mit COVID-19

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

Medizinisches Versorgungszentrum Innere Medizin/Infektiologie

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

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

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

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

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

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

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

Nr.	Angebotene Leistung
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen
VI27	Spezialsprechstunde
Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Privatambulanz

Privatambulanz

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

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

Transplantationsambulanz

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

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

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

Tumorambulanz des Centrums für Integrierte Onkologie (CIO)

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

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

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

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
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	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren

B-1.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
2	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	< 4
3	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4

B-1.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

B-1.11

Personelle Ausstattung

B-1.11.1

Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			35,17	76,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	35,17		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	23,96		
	- ambulant	11,21		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			16,41	163,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,18		
	- ambulant	5,23		

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
AQ75	Innere Medizin und Infektiologie
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 Tumorthherapie
ZF27	Naturheilverfahren
ZF28	Notfallmedizin
ZF30	Palliativmedizin



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

B-1.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		181,28	14,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	181,28 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	167,86 13,42		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,66	1.009,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,66 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,69 0,97		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		3,15	852,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,15 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,15 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		7,00	383,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,00 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	7,00 –		

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

Pflegerische Fachexperten – Anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor Pflegerwissenschaft, Gesundheitsökonomie
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master Psychologie, Pflegemanagement
PQ12	Notfallpflege
PQ07	Pflege in der Onkologie Onkologische Pflegefachkraft
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-1 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I

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

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP24	Deeskalationstraining
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Schmerzassistenz
ZP16	Wundmanagement
	Wundberaterinnen/Wundberater



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 478-30966
Telefax	0221 478-1439059
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

CAPD-Ambulanz

Bereichsleitung

Dr. med. Martin Späth

Telefon 0221 478-30629

martin.spaeth@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)



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

– Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen Ambulanz für Nieren- und Hochdruckkrankheiten in Zusammenarbeit m. niedergelassenen Kollegen u. der stationären Versorgung, ausführliche, zeitnahe nephrologische Diagnostik, individuelle Beratung, Therapie nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen, Möglichkeit z. Einholung einer Zweitmeinung
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen Ambulante und stationäre Betreuung von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen und systemisch-entzündlichen Krankheiten sowie erworbenen und angeborenen Immundefekten, neue Therapiemöglichkeiten (Biologika), interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen
VI00	Durchführung aller Dialyse- und Aphereseverfahren Dialyse-Abtlg. (24 Std.) mit 14 Plätzen, sämtl. Dialyse- u. Aphereseverfahren amb. u. stat.: Hämodiafiltration, Hämafiltration, Hämodialyse, Lipidapherese, Plasmapherese, Immunadsorption, Rheopherese, Photopherese, sep. Isolierzimmer für infek. Erkrankungen, amb. Implantation von Dialysekathetern
VI00	Notaufnahme In der Notaufnahme-Ambulanz mit einer angeschlossenen Notaufnahme-Station werden sämtliche Notfälle und kritische Erkrankungen regional und überregional durch ein interdisziplinäres Team auf höchstem Niveau schnell und zuverlässig diagnostiziert und behandelt.
VI41	Shuntzentrum
VI00	Spezialambulanz für 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 Nierenerkrankungen
VU15	Dialyse
VU16	Nierentransplantation Vorbereitung u. Nachsorge: Nieren- u. Nierenpankreastransplantation, Blutgruppenungleiche Nierenlebenspende bei Kindern u. Erwachsenen, Transplantation bei immunisierten Patient/innen, Desensibilisierungsprotokolle bei spenderspezifischen Antikörpern oder positivem Crossmatch, Überkreuzlebenspende
VU14	Spezialsprechstunde Morbus Fabry (Fabry-Anderson-Krankheit): erblich bedingte lysosomale Speicherkrankheit, schwere Funktionsschädigungen an Haut, Augen, Herz, Nieren, Nervensystem. Umfassende Untersuchungen der Organe und bestmögliche Betreuung im Fabry-Kompetenzzentrum durch interdisziplinäre Zusammenarbeit



B-2.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-2.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 1.518

Teilstationäre Fallzahl 134

Anzahl Betten 58

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	76
2	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	72
3	N17	Akutes Nierenversagen	58
4	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	54
5	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	52
6	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	51
7	I50	Herzschwäche	49
8	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	38
9	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	38
10	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	34
11	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	27
12	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	24
13	M31	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der Immunsystem Blutgefäße angreift – nekrotisierende Vaskulopathien	23
14	N04	Langsam entwickelnde Nierenerkrankung, entzündlich oder nicht entzündlich	23
15	T86	Versagen bzw. Abstoßung von verpflanzten Organen bzw. Geweben	23
16	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	20
17	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	20
18	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	19
19	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	19
20	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	18



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

– Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	D57	Sichelzellenkrankheit	17
22	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	17
23	R06	Atemstörung	17
24	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	15
25	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	15
26	K52	Sonstige Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Darms, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	15
27	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	14
28	K59	Sonstige Störung der Darmfunktion, z.B. Verstopfung oder Durchfall	13
29	I46	Herzstillstand	12
30	M32	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Bindegewebe, Blutgefäße und Organe angreift – Lupus erythematodes	11

B-2.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-855	Blutreinigung außerhalb des Körpers durch ein Kombinationsverfahren von Blutentgiftung und Blutwäsche	4.395
2	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	4.091
3	8-821	Filterung von Antikörpern aus dem Blut	567
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	449
5	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	199
6	8-857	Blutreinigungsverfahren, bei dem die Entgiftung über das Bauchfell (Peritoneum) stattfindet – Peritonealdialyse	189
7	8-550	Fachübergreifende Maßnahmen zur frühzeitigen Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) erkrankter älterer Menschen	171
8	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	158
9	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	136
10	8-820	Behandlung durch Austausch der patienteneigenen Blutflüssigkeit gegen eine Ersatzlösung	134
11	8-853	Verfahren zur Blutentgiftung außerhalb des Körpers mit Herauspressen von Giftstoffen – Hämofiltration	115
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	89
13	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	70
14	1-463	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) mit einer Nadel aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen	66
15	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	52
16	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	46



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

– Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
17	1-844	Untersuchung des Raumes zwischen Lunge und Rippen durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	35
18	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	31
19	8-984	Fachübergreifende Behandlung der Zuckerkrankheit (Diabetes)	31
20	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	29
21	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	29
22	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	28
23	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	22
24	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	22
25	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	21
26	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	19
27	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	17
28	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	16
29	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	15
30	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	14

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

– Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

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	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	< 4
2	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
3	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	< 4
4	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	< 4
5	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	< 4

B-2.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-2.11

Personelle Ausstattung

B-2.11.1

Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			31,65	47,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	31,65		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,31		
	- ambulant	12,34		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			11,78	128,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,78		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,19		
	- ambulant	4,59		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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

Weitere Qualifikation:

- Fachgebundene Genetische Beratung

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



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		82,09	18,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	82,09 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	78,78 3,31		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,73	877,46
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,73 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,67 0,06		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		5,21	291,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,21 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,21 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		6,83	222,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,83 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,83 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		2,03	747,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,03 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,56 0,47		

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
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ06	Master Pflegermanagement
PQ12	Notfallpflege
PQ11	Pflege in der Nephrologie
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-2 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II

– Nephrologie, Rheumatologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP07	Geriatrie
ZP25	Gerontopsychiatrie
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
	Algesiologische Fachassistenz
ZP29	Stroke Unit Care
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten



B-3

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



Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Baldus

B-3.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

Kurzportrait

Leistungsbereiche

Akutversorgung

Intensivstation/Intermediate-Care-Station/Chest Pain Unit

Vier Herzkathetermessplätze rund um die Uhr

Allgemeinversorgung

Invasive und nichtinvasive kardiologische Diagnostik und Therapie auf Spitzenniveau

Interventionelle Rhythmologie

Lungentumor-Diagnostik

Interventionelle Pneumologie

Kathetergestützte Klappentherapie

Kathetergestützte Therapie angeborener Herzerkrankungen

Spezialambulanzen

Herzinsuffizienz und Herztransplantation

Pulmonale Hypertonie

Komplexe Rhythmologie

Herzschrittmacher und ICD/CRT

ICD: Implantable Cardioverter-Defibrillator = Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator

CRT: Cardiac Resynchronization Therapy = Kardiale Resynchronisationstherapie

Angeborene Herzfehler

Interventionelle Pneumologie

Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewebserkrankungen

Innovationen

Grundlagenforschung

Klinische Forschung

Versorgungsforschung

Qualitätssicherung

Leitlinienentwicklung

Netzwerkmanagement

B-3.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
– Allgemeine und Interventionelle Kardiologie, Elektrophysiologie, Angiologie, Pneumologie und
internistische Intensivmedizin

B-3.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Darstellung des Gefäßsystems

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR15	Arteriographie

Ultraschalluntersuchungen

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

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

B-3.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-3.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl 4.548

Teilstationäre Fallzahl 0

Anzahl Betten 84

B-3.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	705
2	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	640
3	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	453
4	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	327
5	I21	Akuter Herzinfarkt	260
6	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	232
7	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	210
8	I50	Herzschwäche	184
9	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	170
10	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	154
11	I49	Sonstige Herzrhythmusstörung	134
12	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	105
13	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	103
14	I44	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens – AV-Block bzw. Linksschenkelblock	62
15	I42	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache	58
16	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	52
17	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	43
18	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	42
19	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	34
20	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	33
21	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	26



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	24
23	R06	Atemstörung	24
24	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	21
25	I11	Bluthochdruck mit Herzkrankheit	21
26	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	19
27	E85	Anreicherung von ungewöhnlich veränderten Eiweißen in Organen – Amyloidose	18
28	I40	Akute Herzmuskelentzündung – Myokarditis	17
29	I45	Sonstige Störung der Erregungsleitung des Herzens	17
30	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	16

B-3.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	3.498
2	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	2.286
3	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	2.280
4	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	1.939
5	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	1.866
6	1-620	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung	1.390
7	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	1.186
8	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.168
9	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.016
10	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung – Kardiales Mapping	1.010
11	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) – EPU	931
12	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	894
13	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	858
14	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	806
15	1-711	Bestimmung der Menge von Kohlenmonoxid, die durch die Lunge aufgenommen und abgegeben wird	764
16	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	681
17	9-984	Pflegebedürftigkeit	657



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	622
19	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	607
20	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	499
21	5-35b	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen	456
22	1-710	Messung der Lungenfunktion in einer luftdichten Kabine – Ganzkörperplethysmographie	378
23	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	267
24	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	213
25	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	182
26	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	174
27	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	155
28	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	155
29	8-933	Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie	146
30	3-722	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	145

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

Spezialambulanz für pulmonale Hypertonie

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

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

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

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

Spezialambulanz für Marfan-Syndrom und verwandte Bindegewebserkrankungen

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

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

Ambulanz

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

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

Ambulanz

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

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

B-3.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	160
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	6
3	3-604	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel	< 4
4	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	< 4

B-3.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

B-3.11

Personelle Ausstattung

B-3.11.1

Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			55,45	82,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	55,45		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	40,79		
	- ambulant	14,66		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			25,82	176,14
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	25,82		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	19,00		
	- ambulant	6,82		

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		92,15	49,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	92,15		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	87,08		
	- ambulant	5,07		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		0,47	9.676,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,47 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,47 –		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,94	4.838,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,94 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,94 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		6,61	688,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,61 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,61 –		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,94	4.838,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,94 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,94 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		11,06	411,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,06 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,06 –		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-3 Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III

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

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement



B-4 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie



Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Goeser

B-4.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

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



Kurzportrait

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

Akute und chronische Leber- und Gallenwegserkrankungen

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

Funktionsstörungen des Magen-Darm-Trakts

Akut infektiöse und chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Akute und chronische Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse

Endoskopische Diagnostik und Tumorthherapie

Diagnostische Endoskopie

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

Therapeutische Endoskopie

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

Diagnostische und therapeutische Sonographie

Funktionsdiagnostik

PH-Metrie, Manometrie, H2-Atemtest

Lebererkrankungen

Vorbereitung und Nachsorge zur Lebertransplantation

Diagnostik und endoskopische Therapie von Tumoren

Interventionelle und Chemotherapie gastrointestinaler Tumoren

B-4.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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



B-4.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Projektionsradiographie

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

Ultraschalluntersuchungen

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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel

B-4.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-4.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.196
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	147
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)	78
4	K70	Leberkrankheit durch Alkohol	59
5	R18	Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle	57
6	D12	Gutartiger Tumor des Dickdarms, des Darmausganges bzw. des After	52
7	K80	Gallensteinleiden	52
8	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	46
9	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	45
10	K92	Sonstige Krankheit des Verdauungstraktes	42
11	K31	Sonstige Krankheit des Magens bzw. des Zwölffingerdarms	33
12	K85	Akute Entzündung der Bauchspeicheldrüse	28
13	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	26
14	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	25
15	K86	Sonstige Krankheit der Bauchspeicheldrüse	25
16	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	21
17	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	20
18	C16	Magenkrebs	18
19	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	18
20	C15	Speiseröhrenkrebs	16



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	K75	Sonstige entzündliche Krankheit der Leber	15
22	K51	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Dickdarms – Colitis ulcerosa	14
23	K76	Sonstige Krankheit der Leber	14
24	K50	Anhaltende (chronische) oder wiederkehrende Entzündung des Darms – Morbus Crohn	13
25	D13	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. ungenau bezeichneter Teile des Verdauungstraktes	12
26	K65	Bauchfellentzündung – Peritonitis	9
27	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	8
28	K72	Leberversagen	8
29	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	8
30	K71	Leberkrankheit durch Giftstoffe	7

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	1.494
2	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	804
3	5-469	Sonstige Operation am Darm	786
4	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	692
5	8-125	Anlegen oder Wechsel einer über die Speiseröhre eingeführten Dünndarmsonde	477
6	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	383
7	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	335
8	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	278
9	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	277
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	254
11	3-055	Ultraschall der Gallenwege mit Zugang über die Speiseröhre	220
12	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	203
13	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	182
14	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	173
15	1-853	Untersuchung der Bauchhöhle durch Flüssigkeits- oder Gewebeentnahme mit einer Nadel	169



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	8-148	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in sonstige Organen bzw. Geweben zur Ableitung von Flüssigkeit	143
17	3-05a	Ultraschall des Gewebes hinter der Bauchhöhle mit Zugang über die Speiseröhre	131
18	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	127
19	3-056	Ultraschall der Bauchspeicheldrüse mit Zugang über die Speiseröhre	124
20	1-631	Untersuchung der Speiseröhre und des Magens durch eine Spiegelung	109
21	1-651	Untersuchung des S-förmigen Abschnitts des Dickdarms durch eine Spiegelung	100
22	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	99
23	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	96
24	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	95
25	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	93
26	3-054	Ultraschall des Zwölffingerdarms mit Zugang über die Speiseröhre	92
27	8-153	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in die Bauchhöhle mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	90
28	5-514	Sonstige Operation an den Gallengängen	85
29	3-05f	Ultraschall der Lunge mit Zugang über die Atemwege	82
30	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	75

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	1.302
2	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	545
3	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	192
4	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	133
5	1-442	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Leber, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	25
6	5-513	Operation an den Gallengängen bei einer Magenspiegelung	25
7	1-640	Untersuchung der Gallengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	20
8	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	13
9	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	4
10	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 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			22,16	53,97
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,16		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	16,88		
	- ambulant	5,28		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			8,90	134,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	8,90		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,78		
	- ambulant	2,12		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF28	Notfallmedizin
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		27,11	44,12
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	27,11 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	21,11 6,00		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,94	1.272,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,94 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,94 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		4,78	250,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,78 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,78 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		9,07	131,86
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,07 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	7,04 2,03		

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
	Klinische Pflege
PQ21	Casemanagement
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
ZP14	Schmerzmanagement



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-4 Klinik und Poliklinik für Gastroenterologie und Hepatologie

Nr.	Zusatzqualifikationen
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
VI00	Adipositassprechstunde
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
VI00	Nebennierenschulungen (zertifiziert nach DGE)
VI00	Osteoporosesprechstunde
VI00	Sondersprechstunde für seltene genetische Adipositasformen (Zentrum für seltene Erkrankungen)
VI27	Spezialsprechstunde
VI00	Spezialambulanz für Fettstoffwechselstörungen
VI00	Strukturierte Gruppenschulungsprogramme für Menschen mit Adipositas

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

über das MVZ erreichbar

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			7,73	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,73		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	7,73		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			3,90	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,90		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	3,90		

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
Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen



Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF07	Diabetologie
ZF52	Ernährungsmedizin

B-5.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		1,55	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,55 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,04 1,51		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,94	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,94 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,94 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		4,78	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,78 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,78 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,45	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,45 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,45 –		

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-5 Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und Präventivmedizin

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	Neugeborenen screening (TMS)
VK34	Neuropädiatrie
VK00	Osteogenesis imperfecta
VK28	Pädiatrische Psychologie
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum
VK29	Spezialsprechstunde
VK00	Versorgung von extrem unreifen Frühgeborenen
VK23	Versorgung von Mehrlingen

B-6.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-6.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.591
Teilstationäre Fallzahl	535
Anzahl Betten	130

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	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	381
2	P22	Atemnot beim Neugeborenen	329
3	S06	Verletzung des Schädelinneren	238
4	A09	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger	179
5	P39	Sonstige ansteckende Krankheit die für die Zeit kurz vor, während und kurz nach der Geburt kennzeichnend ist	148
6	J12	Lungenentzündung, ausgelöst durch Viren	133
7	A49	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet	127
8	J06	Akute Entzündung an mehreren Stellen oder einer nicht angegebenen Stelle der oberen Atemwege	121
9	J20	Akute Bronchitis	103
10	Z27	Notwendigkeit der Impfung gegen Kombinationen von ansteckenden Krankheiten	96
11	C91	Blutkrebs, ausgehend von bestimmten weißen Blutkörperchen (Lymphozyten)	92
12	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	91
13	E84	Erbliche Stoffwechselkrankheit mit Störung der Absonderung bestimmter Körperflüssigkeiten wie Schweiß oder Schleim – Mukoviszidose	86
14	J15	Lungenentzündung durch Bakterien	80
15	C47	Krebs der Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark bzw. des unwillkürlichen Nervensystems	72
16	R50	Fieber unbekannter Ursache	68
17	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	63
18	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	63
19	J10	Grippe, ausgelöst durch sonstige Influenzaviren	62
20	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	55
21	K40	Leistenbruch (Hernie)	53
22	Q53	Hodenhochstand innerhalb des Bauchraums	51
23	C81	Hodgkin-Lymphknotenkrebs – Morbus Hodgkin	48
24	C71	Gehirnkrebs	46
25	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	46
26	P59	Gelbsucht des Neugeborenen durch sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Ursachen	46
27	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-1	43
28	R56	Krämpfe	42
29	N04	Langsam entwickelnde Nierenkrankheit, entzündlich oder nicht entzündlich	39
30	K35	Akute Blinddarmentzündung	36



B-6.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	1.709
2	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	1.000
3	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	881
4	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	756
5	9-984	Pflegebedürftigkeit	749
6	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	575
7	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	517
8	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	505
9	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	417
10	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	319
11	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	308
12	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	299
13	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	273
14	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	255
15	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	232
16	8-541	Einträufeln von und örtlich begrenzte Therapie mit Krebsmitteln bzw. von Mitteln, die das Immunsystem beeinflussen, in Hohlräume des Körpers	156
17	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	148
18	8-854	Verfahren zur Blutwäsche außerhalb des Körpers mit Entfernen der Giftstoffe über ein Konzentrationsgefälle – Dialyse	145
19	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	139
20	1-930	Medizinische Überwachung bei einer Infektionskrankheit	138
21	9-500	Patientenschulung	136
22	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	130
23	8-987	Fachübergreifende Behandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multi-resistenten Krankheitserregern	125
24	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	116
25	1-424	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochenmark ohne operativen Einschnitt	110
26	8-720	Sauerstoffgabe bei Neugeborenen	105
27	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	103
28	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	100



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
29	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	90
30	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	82

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	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

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	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	23
2	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	16
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	6
4	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	4
5	5-534	Operativer Verschluss eines Nabelbruchs (Hernie)	< 4
6	5-535	Operativer Verschluss eines Magenbruchs (Hernie)	< 4
7	5-611	Operativer Verschluss eines Wasserbruchs (Hydrocele) am Hoden	< 4
8	5-624	Operative Befestigung des Hodens im Hodensack	< 4
9	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
10	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	< 4

B-6.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-6.11

Personelle Ausstattung

B-6.11.1

Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			105,83	52,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	105,83		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	27,80		
	- ambulant	78,03		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			62,15	89,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	62,15		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,59		
	- 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
ZF57	Kinder- und Jugend-Nephrologie
ZF20	Kinder-Pneumologie
ZF21	Kinder-Rheumatologie



Nr.	Zusatz-Weiterbildung
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		29,31	190,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	21,62 7,69		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	20,72 8,59		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		155,11	36,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	155,11 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	152,87 2,24		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		3,77	1.483,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,77 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,61 0,16		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		11,13	502,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,13 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,13 –		

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
PQ21	Casemanagement
PQ02	Diplom
PQ15	Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
	FO Uniklinik Köln



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-6 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ13	Hygienefachkraft
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
	WB nach DKG
PQ06	Master
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ07	Pflege in der Onkologie
	FWB nach DKG
PQ20	Praxisanleitung
	nach DKG

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetes
ZP20	Palliative Care
	z. T. durch Erwerb der FWB Onkologien nach DKG, als auch nur Palliativ Care WB nach DKG
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 (bis 31.08.2023)	Univ.-Prof. Dr. med. Konrad Brockmeier
Telefon	0221 478-32514
Telefax	0221 478-32515
E-Mail	konrad.brockmeier@uk-koeln.de
Schwerpunktleiter (ab 01.09.2023)	Prof. Dr. med. Markus Khalil
Telefon	0221 478-32514
Telefax	0221 478-32515
E-Mail	markus.khalil@uk-koeln.de

Die Klinik und Poliklinik für Kinderkardiologie wird zum 01.10.2023 als Schwerpunkt für Kinderkardiologie in die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin integriert.



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: Liebevoller 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 kinder-kardiologischen Klinik), regelmäßige Besuche durch Clowns in den Zimmern, individuelle Schulbetreuung für die älteren Patientinnen und Patienten durch qualifizierte Lehrerinnen und Lehrer und Unterstützung in psychosozialen Angelegenheiten durch die Sozialpädagogin im stationären und ambulanten Bereich der Klinik für Kinderkardiologie.

B-7.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-7.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) 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	435
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	12

B-7.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Q20	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen bzw. der Abgänge der großen Blutgefäße aus dem Herzen	68
2	Q21	Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände	63
3	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	55
4	Q22	Angeborene Fehlbildung der rechten Vorhof- bzw. Kammerklappe (Pulmonal- bzw. Trikuspidalklappe)	36
5	Q25	Angeborene Fehlbildung der großen Schlagadern	34
6	I47	Anfallsweise auftretendes Herzrasen	14
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	12
8	P29	Krankheit des Herz- und Kreislaufsystems mit Ursprung in der Zeit kurz vor, während oder kurz nach der Geburt	10
9	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	9
10	R55	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps	7
11	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	7
12	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	5
13	I45	Sonstige Störung der Erregungsleitung des Herzens	5
14	I48	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens	4
15	K02	Zahnkaries	4
16	R07	Hals- bzw. Brustschmerzen	4
17	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	< 4
18	B99	Sonstige bzw. vom Arzt nicht näher bezeichnete Infektionskrankheit	< 4
19	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
20	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	< 4
21	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	< 4
22	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	< 4



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	H46	Entzündung des Sehnervs	< 4
24	H91	Sonstiger Hörverlust	< 4
25	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	< 4
26	I27	Sonstige durch eine Lungenkrankheit bedingte Herzkrankheit	< 4
27	I28	Sonstige Krankheit der Blutgefäße in der Lunge	< 4
28	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	< 4
29	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	< 4
30	I40	Akute Herzmuskelentzündung – Myokarditis	< 4

B-7.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-276	Röntgendarstellung des Herzens und der großen Blutgefäße mit Kontrastmittel	175
2	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	113
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	110
4	1-273	Untersuchung der rechten Herzhälfte mit einem über die Vene ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	76
5	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	56
6	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)	51
7	1-279	Sonstige Untersuchung an Herz bzw. Gefäßen mit einem eingeführten Schlauch (Katheter)	51
8	1-275	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	33
9	8-838	Behandlung an den Gefäßen des Lungenkreislaufes mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	33
10	6-004	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 4 des Prozedurenkatalogs	30
11	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	30
12	8-835	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen	27
13	8-837	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter) entlang der Blutgefäße	23
14	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	23
15	8-903	Gabe von Medikamenten zur Beruhigung und zur Schmerzausschaltung	20
16	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	18
17	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	17
18	3-052	Ultraschall des Herzens (Echokardiographie) von der Speiseröhre aus – TEE	16
19	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	16



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
20	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	14
21	1-268	Elektrische Vermessung des Herzens zur Suche nach Ursachen einer Herzrhythmusstörung – Kardiales Mapping	13
22	1-265	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) – EPU	12
23	1-274	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) durch die Herzscheidewand	11
24	1-266	Messung elektrischer Herzströme ohne einen über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)	10
25	8-712	Künstliche Beatmung bei Kindern und Jugendlichen	6
26	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	6
27	5-35a	Operation an Herzklappen mit mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	5
28	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	4
29	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	< 4
30	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	< 4

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			10,94	39,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,94		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,44		
	- ambulant	2,50		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			7,18	60,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	7,18		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,54		
	- ambulant	1,64		

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

Außerdem wird eine Psychologin beschäftigt.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie
	6 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		5,79	75,13
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,79		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,75		
	- ambulant	1,04		



Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger	3 Jahre		14,14	30,76
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	14,14 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	13,68 0,46		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,69	630,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,69 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,69 –		

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
PQ21	Casemanagement
PQ15	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP14	Schmerzmanagement
ZP28	Still- und Laktationsberatung
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertin und Wundberaterinnen



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



Univ.-Prof. Dr. med. Christiane Bruns

B-8.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

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



Kurzportrait

Viszeralchirurgie

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

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

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

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

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

Ösophaguschirurgie

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

Operationen bei Magenerkrankungen

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

Leber- und Gallenwegschirurgie

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

Pankreaschirurgie

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



Operationen bei Erkrankungen des Dickdarms und Dünndarms

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

Proktologie

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

Chirurgie des Retroperitoneums

- bei Weichteiltumoren im Rückraum des Bauches und bei Nebennierentumoren

Endokrine Chirurgie

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

Thoraxchirurgie

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

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

Minimal invasive Verfahren

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

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



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

Chirurgische Onkologie

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

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

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

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

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

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



Transplantation

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

Endokrine Chirurgie

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

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

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

Endoskopie

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

B-8.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-8.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Allgemeinchirurgie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC00	Transplantation
VC00	Tumorerkrankungen

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

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

Gynäkologie und Geburtshilfe

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

Thoraxchirurgie

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

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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



Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea

Onkologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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



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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

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

Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VU11	Minimal-invasive laparoskopische Operationen
VU16	Nierentransplantation

B-8.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-8.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	1.984
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	64

B-8.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C16	Magenkrebs	263
2	C15	Speiseröhrenkrebs	262



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
3	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	108
4	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	88
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	69
6	K35	Akute Blinddarmentzündung	57
7	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	56
8	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	52
9	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	50
10	K80	Gallensteinleiden	40
11	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	39
12	Z52	Spender von Organen oder Geweben	36
13	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in einem oder mehreren Lymphknoten	35
14	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	33
15	K22	Sonstige Krankheit der Speiseröhre	32
16	K91	Krankheit des Verdauungstraktes nach medizinischen Maßnahmen	29
17	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	26
18	C73	Schilddrüsenkrebs	24
19	D48	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	24
20	K40	Leistenbruch (Hernie)	24
21	K57	Krankheit des Dickdarms mit vielen kleinen Ausstülpungen der Schleimhaut – Divertikulose	23
22	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	22
23	K43	Bauchwandbruch (Hernie)	22
24	K56	Darmverschluss (Ileus) ohne Eingeweidebruch	22
25	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	20
26	K83	Sonstige Krankheit der Gallenwege	20
27	C48	Krebs des Bauchfells (Peritoneum) bzw. des dahinter liegenden Gewebes (Retroperitoneum)	17
28	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	15
29	E05	Schilddrüsenüberfunktion	15
30	K63	Sonstige Krankheit des Darms	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	684
2	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	370
3	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	306
4	9-984	Pflegebedürftigkeit	258
5	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	247
6	5-98c	Anwendung eines Klammernahtgerätes und sonstiger Nahtsysteme	234
7	5-426	Entfernung der gesamten Speiseröhre mit Wiederherstellung der Verbindung	211
8	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	176
9	5-449	Sonstige Operation am Magen	173
10	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	166
11	5-455	Operative Entfernung von Teilen des Dickdarms	165
12	5-501	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Leber	151
13	1-63b	Spezialfärbung der Speiseröhren- und Magenschleimhaut während einer Spiegelung	126
14	5-069	Sonstige Operation an Schilddrüse bzw. Nebenschilddrüsen	115
15	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	112
16	5-524	Operative Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse	104
17	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	98
18	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	97
19	5-502	Operative Entfernung eines oder mehrerer Lebersegmente	92
20	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	90
21	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	80
22	5-555	Nierenverpflanzung (Transplantation)	75
23	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	74
24	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	74
25	5-454	Operative Dünndarmentfernung	73
26	5-554	Operative Entfernung der Niere	72
27	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	71
28	5-433	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Magens	71
29	5-987	Operation unter Anwendung eines Operations-Roboters	68
30	5-983	Erneute Operation	66



B-8.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Transplantationsambulanz

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

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) seltener Lebererkrankungen

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

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

B-8.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-650	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung – Koloskopie	39
2	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	36
3	5-429	Sonstige Operation an der Speiseröhre	23
4	5-452	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms	12
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	8
6	1-444	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung	< 4
7	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
8	5-469	Sonstige Operation am Darm	< 4
9	5-530	Operativer Verschluss eines Leistenbruchs (Hernie)	< 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			26,03	76,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	26,03		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	21,60		
	- ambulant	4,43		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			13,38	148,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,38		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,10		
	- ambulant	2,28		

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
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie



B-8.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		51,70	38,38
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	50,57 1,13		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	45,00 6,70		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,97	668,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,97 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,66 0,31		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		5,61	353,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,61 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,61 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		1,80	1.102,22
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,80 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,80 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		17,22	115,21
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	17,22 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	16,52 0,70		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		6,61	300,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,61 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,61 -		

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-8 Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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



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.

Carotidesobliterationen 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 endovaskulär 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 inklusive Radiowellen behandelt, um das Gewebe zu schonen.

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

- Offen chirurgische und endovaskuläre Operation (TEVAR) von thorakalen Aortenaneurysmen
- Offen chirurgische und endovaskuläre Operation (EVAR) von abdominellen Aortenaneurysmen, einschließlich fenestrierter Endostentprothesen und Endostentprothesen mit Seitenarmen
- Offen chirurgische und endovaskuläre Operation von thorakoabdominellen Aortenaneurysmen (einschließlich Hybrid-Operation)
- Operative Behandlung (offen oder endovaskulär) von Dissektionen der thorakalen und 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 viszerale Ischämie
- Operative und endovaskuläre Behandlung von Nierenarterienstenosen
- Operative und endovaskuläre Therapie der cerebrovaskulären Insuffizienz bei hochgradigen, asymptomatischen und symptomatischen Stenosen der Arteria carotis interna
- Behandlung der vertebrobasilären Insuffizienz
- Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der oberen und unteren Extremitäten



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

B-9.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-9.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie

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



Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC63	Amputationschirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD20	Wundheilungsstörungen

B-9.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-9.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	834
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	28

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	245
2	I70	Verkalkung der Schlagadern – Arteriosklerose	186
3	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	99
4	I65	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls	86
5	N18	Anhaltende (chronische) Verschlechterung bzw. Verlust der Nierenfunktion	78
6	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	25
7	I74	Verschluss einer Schlagader durch ein Blutgerinnsel	21
8	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	19
9	K55	Krankheit der Blutgefäße des Darms	14
10	I77	Sonstige Krankheit der großen bzw. kleinen Schlagadern	6
11	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	5
12	Q27	Sonstige angeborene Fehlbildung des Blutgefäßsystems außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen	5
13	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	4
14	I82	Sonstiger Verschluss bzw. Bildung von Blutgerinnseln in den Venen	4



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
15	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	4
16	L02	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in der Haut bzw. an einem oder mehreren Haaransätzen	4
17	B25	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Zytomegalie-Viren	< 4
18	C67	Harnblasenkrebs	< 4
19	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	< 4
20	E78	Störung des Fettstoffwechsels bzw. sonstige Erhöhung der Blutfettwerte	< 4
21	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	< 4
22	I35	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	< 4
23	I80	Verschluss einer Vene durch ein Blutgerinnsel (Thrombose) bzw. oberflächliche Venenentzündung	< 4
24	I83	Krampfader der Beine	< 4
25	I87	Sonstige Venenkrankheit	< 4
26	J18	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet	< 4
27	L88	Geschwürbildung und Absterben der Haut	< 4
28	L98	Sonstige Krankheit der Haut bzw. der Unterhaut	< 4
29	M62	Sonstige Muskelkrankheit	< 4
30	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung – Osteomyelitis	< 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	613
2	5-395	Operativer Verschluss einer Lücke in der Gefäßwand mit einem Haut- oder Kunststofflappen	397
3	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	395
4	5-38a	Einbringen spezieller Röhrchen (Stent-Prothesen) in ein Blutgefäß	348
5	5-380	Operative Eröffnung von Blutgefäßen bzw. Entfernung eines Blutgerinnsels	291
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	266
7	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	262
8	5-394	Erneute Operation nach einer Gefäßoperation	261
9	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	198
10	8-842	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stent-Graft) mit bedeckten Maschen in Blutgefäße	170
11	5-393	Anlegen einer sonstigen Verbindung zwischen Blutgefäßen (Shunt) bzw. eines Umgehungsgefäßes (Bypass)	164
12	5-388	Operative Naht an Blutgefäßen	150
13	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	135



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	8-840	Einpflanzen von nicht medikamentenfreisetzenden Röhrchen (Stents) in Blutgefäße	126
15	5-392	Anlegen einer Verbindung (Shunt) zwischen einer Schlagader und einer Vene	109
16	5-386	Sonstige operative Entfernung von Blutgefäßen wegen Krankheit der Gefäße bzw. zur Gefäßverpflanzung	79
17	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	61
18	5-384	Operative Entfernung von Teilen der Hauptschlagader mit Zwischenschalten eines Gefäßersatzes	58
19	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	56
20	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	55
21	5-865	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Fußes oder des gesamten Fußes	38
22	5-851	Durchtrennung von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	36
23	5-864	Operative Abtrennung (Amputation) von Teilen des Beins oder des gesamten Beins	26
24	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	23
25	5-389	Sonstiger operativer Verschluss an Blutgefäßen	23
26	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	19
27	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	19
28	5-382	Operative Entfernung von Blutgefäßen mit Verbindung der zwei Enden	16
29	5-396	Operative Verlagerung bzw. Verpflanzung von Blutgefäßen	16
30	5-39a	Zusatzinformationen zu Operationen an Blutgefäßen	16

B-9.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Privatambulanz

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

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



B-9.9 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)	< 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			13,79	60,48
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,79		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,71		
	- ambulant	2,08		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			5,54	150,54
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,54		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,70		
	- ambulant	0,84		

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		13,92	59,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,92		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	13,05		
	- ambulant	0,87		



Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,10	758,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,10 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,10 –		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,86	969,77
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,86 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,86 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		1,88	443,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,88 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,88 –		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,94	887,23
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,94 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,94 –		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		3,32	251,20
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,32 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,32 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,77	471,19
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,77 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,77 –		

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 Klinische Pflege
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-9 Klinik und Poliklinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und Endovaskuläre Chirurgie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP02	Bobath
ZP08	Kinästhetik
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten



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. 3.300 Eingriffe in fünf Operationssälen durchgeführt.

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

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

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

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

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

Klinik und Poliklinik für Allgemeine Neurochirurgie

Geschäftsführende Leitung des Zentrums und Klinikdirektor

Univ.-Prof. Dr. med. Roland Goldbrunner

Telefon 0221 478-82789

Telefax 0221 478-82825

roland.goldbrunner@uk-koeln.de

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

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

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



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

- Gesamtgebiet der Neurochirurgie

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

- Onkologische Neurochirurgie (Schwerpunkt der Klinik)

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

- Vaskuläre Neurochirurgie

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

- 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, Schädeldefektbildungen (in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin und der Interdisziplinären Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie)

- Neurochirurgische Frührehabilitation

(in Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für Neurologie)



Klinik und Poliklinik für Stereotaxie und Funktionelle Neurochirurgie

Klinikdirektorin

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

Telefon 0221 478-4580

Telefax 0221 478-4581

veerle.visser-vandewalle@uk-koeln.de

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

- Tiefe Hirnstimulation

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

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

- Hirntumor-Biopsien

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

- Brachytherapie

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

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

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

- Robotik assistierte Radiochirurgie mittels Cyberknife

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

- Behandlung von chronischen Schmerzsyndromen und Spastik

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

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



B-10.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-10.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Neurochirurgie

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



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	2.432
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	77

B-10.6

Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	M54	Rückenschmerzen	255
2	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	227
3	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	187
4	C71	Gehirnkrebs	184
5	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	175
6	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	160
7	S06	Verletzung des Schädelinneren	138
8	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdkörper (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	104
9	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	97



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	I62	Sonstige Blutung innerhalb des Schädels, nicht durch eine Verletzung bedingt	96
11	D33	Gutartiger Hirntumor, Hirnnerventumor bzw. Rückenmarkstumor	61
12	G50	Krankheit des fünften Hirnnervs	55
13	G91	Wasserkopf	44
14	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	43
15	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	38
16	G20	Parkinson-Krankheit	29
17	M50	Bandscheibenschaden im Halsbereich	27
18	G82	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme	25
19	G06	Abgekapselte eitrige Entzündungsherde (Abszesse) und entzündliche Knoten (Granulome) innerhalb des Schädels bzw. Wirbelkanals	23
20	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	23
21	T81*	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	22
22	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	19
23	G96	Sonstige Krankheit des Gehirns bzw. des Rückenmarks	18
24	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	17
25	M47	Gelenkverschleiß (Arthrose) der Wirbelsäule	17
26	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	14
27	F42	Zwangsstörung	13
28	F95	Störung mit raschen, unkontrollierten Bewegungen einzelner Muskeln – Ticstörung	13
29	D43	Tumor des Gehirns bzw. des Rückenmarks ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	12
30	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	12

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

B-10.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-010	Operative Schädelöffnung über das Schädeldach	1.277
2	5-032	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein	824
3	5-021	Wiederherstellende Operation an den Hirnhäuten	729
4	8-930	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens	677
5	5-988	Operation unter Anwendung eines Navigationssystems, das während der Operation aktuelle 3D-Bilder des Operationsgebietes anzeigt	619
6	5-983	Erneute Operation	592



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	576
8	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	569
9	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	519
10	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	485
11	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	440
12	5-039	Sonstige Operation am Rückenmark bzw. an den Rückenmarkshäuten	425
13	5-015	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gehirngewebe	416
14	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	386
15	5-013	Operativer Einschnitt an Gehirn bzw. Hirnhäuten	373
16	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	328
17	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	315
18	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	290
19	8-925	Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems während einer Operation	278
20	5-022	Operativer Einschnitt an den Hirnwasserräumen	251
21	5-030	Operativer Zugang zum Übergang zwischen Kopf und Hals bzw. zur Halswirbelsäule	237
22	5-024	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Ableitung des Hirnwassers	199
23	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule – Spondylodese	197
24	1-511	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Gehirn bzw. Hirnhäuten, computergesteuert und unter Röntgenkontrolle (stereotaktisch)	169
25	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	156
26	5-038	Operation an den Hirnwasserräumen im Rückenmarkskanal	156
27	5-036	Wiederherstellende Operation an Rückenmark bzw. Rückenmarkshäuten	150
28	5-059	Sonstige Operation an Nerven bzw. Nervenknotten	149
29	5-028	Eingriff an Schädel, Gehirn bzw. Hirnhäuten zur Einpflanzung, Erneuerung oder Entfernung von Fremtteilen wie Mess-Sonden oder Medikamenten-pumpen	146
30	5-035	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rückenmarks bzw. der Rückenmarkshäute	136



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	5
2	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
3	1-513	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark durch operativen Einschnitt	< 4
4	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 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			34,67	70,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	34,67		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	32,49		
	- ambulant	2,18		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			22,03	110,39
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,03		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	20,64		
	- ambulant	1,39		

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
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		75,95	32,02
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	75,23		
	- indirekt	0,72		
Versorgungsbereich	- stationär	71,47		
	- ambulant	4,48		



Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,36	1.788,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,36 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,36 –		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		2,77	877,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,77 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,77 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		2,03	1.198,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,03 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,03 –		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		7,01	346,93
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,01 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,19 1,82		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,74	650,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,74 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,74 –		

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
	Klinische Pflege, Betriebswirtschaftslehre
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ06	Master
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung

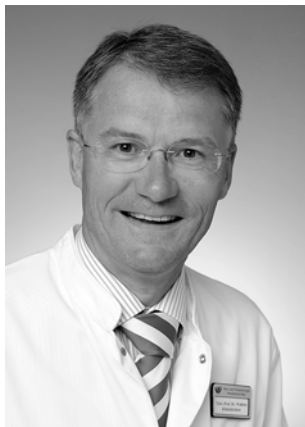


Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

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



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 Intensivpflegereinheit 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: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur
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	1.732
Teilstationäre Fallzahl	78
Anzahl Betten	75

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	324
2	I20	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust – Angina pectoris	209
3	I21	Akuter Herzinfarkt	197
4	I25	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens	168
5	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	116
6	I34	Krankheit der linken Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	100
7	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	97
8	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	49
9	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	43
10	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	40
11	I33	Akute oder weniger heftig verlaufende (subakute) Entzündung der Herzklappen	39
12	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	28
13	J90	Erguss zwischen Lunge und Rippen	25
14	J86	Eiteransammlung im Brustkorb	23
15	Z45	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes	15
16	I31	Sonstige Krankheit des Herzbeutels (Perikard)	13
17	D14	Gutartiger Tumor des Mittelohres bzw. der Atmungsorgane	12
18	E32	Krankheit der Thymusdrüse	12
19	Q67	Angeborene muskuläre bzw. knöcherne Fehlbildung des Kopfes, des Gesichts, der Wirbelsäule bzw. des Brustkorbes	11



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
20	D15	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe des Brustkorbes	10
21	J94	Sonstige Krankheit des Brustfells (Pleura)	10
22	J98	Sonstige Krankheit der Atemwege	10
23	J93	Luftansammlung zwischen Lunge und Rippen – Pneumothorax	9
24	I26	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel – Lungenembolie	7
25	I36	Krankheit der rechten Vorhofklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht	6
26	J44	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege – COPD	6
27	M96	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen	6
28	S27	Verletzung sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Organe im Brustkorb	6
29	Q23	Angeborene Fehlbildung der linken Vorhof- bzw. Kammerklappe (Aorten- bzw. Mitralklappe)	5
30	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	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)	1.357
2	5-361	Operatives Anlegen eines Umgehungsgefäßes (Bypass) bei verengten Herzkranzgefäßen	1.087
3	8-641	Vorübergehende Stimulation des Herzrhythmus durch einen von außen angebrachten Herzschrittmacher	786
4	5-98e	Intraoperative Blutflussmessung in Gefäßen	544
5	5-377	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)	458
6	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	379
7	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine künstliche Herzklappe	378
8	5-35a	Operation an Herzklappen mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeerletzung (minimalinvasiv)	371
9	5-35b	Zusatzinformationen zu Operationen an Herzklappen	369
10	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	287
11	5-378	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	269
12	9-984	Pflegebedürftigkeit	248
13	8-152	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit	231
14	5-379	Sonstige Operation an Herz bzw. Herzbeutel (Perikard)	227



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
15	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	214
16	8-851	Operation mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine	212
17	5-986	Operation mit kleinstmöglichem Einschnitt an der Haut und minimaler Gewebeverletzung (minimalinvasiv)	173
18	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	163
19	5-349	Sonstige Operation am Brustkorb	155
20	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	152
21	5-353	Operation zur Funktionsverbesserung undichter Herzklappen – Valvuloplastik	148
22	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	120
23	5-322	Operative Entfernung von Lungengewebe, ohne Beachtung der Grenzen innerhalb der Lunge	116
24	8-640	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen – Defibrillation	113
25	5-341	Operativer Einschnitt in das Mittelfell (Mediastinum)	106
26	8-852	Behandlung mit einer Herz-Lungen-Maschine zur Anreicherung von Sauerstoff im Blut außerhalb des Körpers – ECMO bzw. prä-ECMO-Therapie	97
27	5-346	Wiederherstellende Operation an der Brustwand	93
28	8-839	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)	87
29	5-324	Operative Entfernung von ein oder zwei Lungenlappen	84
30	5-37b	Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch	77

B-11.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Herz- und Lungentransplantationsambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC07	Herztransplantation

Poliklinik für Herz- und Thoraxchirurgie

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur
VC10	Eingriffe am Perikard



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Nr.	Angebote Leistung
VC03	Herzklappenchirurgie
VC01	Koronarchirurgie
VC11	Lungenchirurgie
VC08	Lungenembolektomie
VC15	Thorakoskopische Eingriffe
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen

Schrittmacherambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebote Leistung
VC06	Defibrillatoreingriffe
VC05	Schrittmachereingriffe

B-11.9

Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	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			46,11	37,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	46,11		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	42,44		
	- ambulant	3,67		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			18,66	92,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	18,66		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	17,17		
	- ambulant	1,49		

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
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		98,57	17,57
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	94,16 4,41		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	85,96 12,61		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-11 Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie, herzchirurgische Intensivmedizin und Thoraxchirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		0,94	1.842,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,94 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,94 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		11,35	152,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	11,35 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	11,35 –		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		8,97	193,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	8,97 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	7,00 1,97		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		6,67	259,67
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,67 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,67 –		

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 Pflegermanagement, Bachelor of Nursing
PQ21	Casemanagement
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 und Poliklinik 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 und Poliklinik 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 und Poliklinik 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-12 Klinik und Poliklinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

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	2.156
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	48

B-12.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C67	Harnblasenkrebs	419
2	C61	Prostatakrebs	292
3	N13	Harnstau aufgrund einer Abflussbehinderung bzw. Harnrückfluss in Richtung Niere	170
4	C62	Hodenkrebs	125
5	N40	Gutartige Vergrößerung der Prostata	118
6	C64	Nierenkrebs, ausgenommen Nierenbeckenkrebs	109
7	N20	Stein im Nierenbecken bzw. Harnleiter	98
8	C77	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Absiedlung (Metastase) einer Krebskrankheit in einem oder mehreren Lymphknoten	62
9	N39	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	61



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-12 Klinik und Poliklinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	N99	Krankheit der Harn- bzw. Geschlechtsorgane nach medizinischen Maßnahmen	47
11	N30	Entzündung der Harnblase	35
12	N32	Sonstige Krankheit der Harnblase	33
13	N35	Verengung der Harnröhre	30
14	D30	Gutartiger Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase	29
15	C66	Harnleiterkrebs	27
16	R31	Vom Arzt nicht näher bezeichnete Blutausscheidung im Urin	27
17	N10	Akute Entzündung im Bindegewebe der Nieren und an den Nierenkanälchen	25
18	N45	Hodenentzündung bzw. Nebenhodenentzündung	25
19	N48	Sonstige Krankheit des Penis	25
20	C65	Nierenbeckenkrebs	23
21	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	22
22	N41	Entzündliche Krankheit der Prostata	22
23	C60	Peniskrebs	20
24	D41	Tumor der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	17
25	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	16
26	I89	Sonstige Krankheit der Lymphgefäße bzw. Lymphknoten, nicht durch Bakterien oder andere Krankheitserreger verursacht	15
27	N43	Flüssigkeitsansammlung in den Hodenhüllen bzw. mit spermienhaltiger Flüssigkeit gefülltes Nebenhodenbläschen	15
28	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	12
29	C68	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Harnorgane	11
30	N31	Funktionsstörung der Harnblase durch krankhafte Veränderungen der Nervenversorgung	11

B-12.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleiterschleife	1.265
2	8-132	Spülung oder Gabe von Medikamenten in die Harnblase	778
3	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	487
4	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	449
5	5-573	Operative(r) Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Harnblase mit Zugang durch die Harnröhre	400
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	261
7	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	247



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-12 Klinik und Poliklinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	3-05c	Ultraschall der männlichen Geschlechtsorgane mit Zugang über Harnröhre oder After	233
9	1-665	Untersuchung der Harnleiter durch eine Spiegelung	220
10	1-999	Zusatzinformationen zu Untersuchungen	186
11	5-601	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe der Prostata durch die Harnröhre	181
12	5-987	Operation unter Anwendung eines Operations-Roboters	169
13	5-604	Operative Entfernung der Prostata, der Samenblase und der dazugehörigen Lymphknoten	168
14	8-138	Wechsel bzw. Entfernung eines Schlauchs (Katheter) in der Niere zur Ableitung von Urin über die Bauchdecke	161
15	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	137
16	1-465	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. männlichen Geschlechtsorganen durch die Haut mit Steuerung durch bildgebende Verfahren, z.B. Ultraschall	131
17	5-562	Operativer Einschnitt in die Harnleiter bzw. Steinentfernung bei einer offenen Operation oder bei einer Spiegelung	128
18	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	128
19	5-98b	Untersuchung des Harnleiters und Nierenbeckens mit einem schlauchförmigen Instrument, an dessen Ende eine Kamera installiert ist (Endoskop)	128
20	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	126
21	5-98k	Art des Zystoskops	110
22	8-133	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke	106
23	5-569	Sonstige Operation am Harnleiter	95
24	5-570	Entfernen von Steinen, Fremdkörpern oder Blutansammlungen in der Harnblase bei einer Spiegelung	94
25	8-544	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 5-8 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	94
26	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	84
27	5-585	Operativer Einschnitt in erkranktes Gewebe der Harnröhre mit Zugang durch die Harnröhre	80
28	5-554	Operative Entfernung der Niere	79
29	5-404	Komplette, operative Entfernung aller Lymphknoten als selbstständige Operation	73
30	5-553	Operative Teilentfernung der Niere	73



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 - Tumorguppe 3: urologische Tumoren

B-12.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-137	Einlegen, Wechsel bzw. Entfernung einer Harnleitschiene	1.412
2	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	438
3	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	36
4	5-572	Operatives Anlegen einer Verbindung zwischen Harnblase und Bauchhaut zur künstlichen Harnableitung	30
5	5-636	Operative(r) Zerstörung, Verschluss oder Entfernung des Samenleiters – Sterilisationsoperation beim Mann	4
6	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	< 4
7	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
8	5-408	Sonstige Operation am Lymphgefäßsystem	< 4
9	5-582	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Harnröhre	< 4
10	5-612	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodensackes	< 4
11	5-621	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Hodens	< 4
12	5-631	Operatives Entfernen von Gewebe im Bereich der Nebenhoden	< 4
13	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			15,42	139,82
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	15,42		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,83		
	- ambulant	4,59		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			3,14	686,62
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,14		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,21		
	- ambulant	0,93		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ46	Pathologie
AQ60	Urologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

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



B-12.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		29,15	73,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	29,15 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	25,51 3,64		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		0,93	2.318,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,93 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,50 0,43		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		1,96	1.100,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,96 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,96 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		2,83	761,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,83 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,83 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,87	2.478,16
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,87 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,87 –		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor Pflegermanagement
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-12 Klinik und Poliklinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und Roboter-assistierte Chirurgie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP09	Kontinenzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten



B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie



Univ.-Prof. Dr. med. Peer Eysel

B-13.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie
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 und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie wird das gesamte Spektrum der Erkrankung und Verletzung des Muskuloskelettsystems behandelt. Neben dem Schwerpunkt Unfall-Hand- und Ellenbogenchirurgie stellen die Wirbelsäulenchirurgie, die Endoprothetik, Tumorchirurgie und Kinderorthopädie die Hauptbereiche der Klinik dar.

Die Klinik verfügt über 97 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.

Bereich Orthopädie

Leitender Oberarzt Orthopädie

PD Dr. med. Johannes Oppermann

Telefon 0221 478-5882

Telefax 0221 478-87296

johannes.oppermann@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. Michael Hackl

Telefon 0221 478-82748

michael.hackl@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, Knochenersatzoperationen nach unfallbedingten und tumorbedingten Knochendefekten

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

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

B-13.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-13.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie

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	2.957
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	97

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	S52	Knochenbruch des Unterarmes	181
2	M54	Rückenschmerzen	161
3	S42	Knochenbruch im Bereich der Schulter bzw. des Oberarms	146
4	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	141
5	M48	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule	126
6	M51	Sonstiger Bandscheibenschaden	122
7	M17	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes	107
8	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	106
9	S82	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	94
10	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	91
11	S06	Verletzung des Schädelinneren	73
12	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	69
13	S22	Knochenbruch der Rippe(n), des Brustbeins bzw. der Brustwirbelsäule	65



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
14	M19	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)	60
15	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	59
16	M16	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes	55
17	M24	Sonstige näher bezeichnete Gelenkschädigung	55
18	M25	Sonstige Gelenkrankheit	54
19	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	53
20	M23	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes	49
21	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	46
22	M84	Knochenbruch bzw. fehlerhafte Heilung eines Bruches	40
23	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	39
24	M22	Krankheit der Kniescheibe	37
25	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	36
26	M21	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen	34
27	M53	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens[, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist]	31
28	M43	Sonstige Verformung der Wirbelsäule bzw. des Rückens	30
29	D48	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	26
30	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes bzw. seiner Bänder	25

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	1.127
2	5-839	Sonstige Operation an der Wirbelsäule	600
3	5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule	564
4	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	490
5	5-831	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe	438
6	5-836	Operative Versteifung der Wirbelsäule – Spondylodese	409
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	395
8	5-033	Operativer Einschnitt in den Wirbelkanal	383
9	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	370
10	5-832	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	354
11	5-830	Operativer Einschnitt in erkranktes Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule	301
12	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	247



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
13	5-793	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	244
14	5-835	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	242
15	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	240
16	5-787	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden	237
17	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	236
18	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	231
19	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	229
20	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	217
21	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	215
22	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	207
23	1-503	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Knochen durch operativen Einschnitt	202
24	5-031	Operativer Zugang zur Brustwirbelsäule	199
25	5-807	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern sonstiger Gelenke	197
26	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	190
27	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	180
28	5-829	Sonstige Operation zur Sicherung oder Wiederherstellung der Gelenkfunktion	177
29	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	174
30	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	164



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.	Angeborene 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	156
2	5-790	Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs oder einer Ablösung der Wachstumsfuge und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten von außen	24
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	16
4	5-810	Operativer Eingriff an einem Gelenk durch eine Spiegelung	13
5	5-840	Operation an den Sehnen der Hand	13
6	5-811	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung	11
7	5-795	Operatives Einrichten (Reposition) eines einfachen Bruchs an kleinen Knochen	10
8	5-812	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) durch eine Spiegelung	8
9	5-044	Nähen der äußeren Hülle eines Nervs bzw. Nervengeflechtes unmittelbar nach der Verletzung	6
10	5-782	Operative Entfernung von erkranktem Knochengewebe	6
11	5-796	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs an kleinen Knochen	6
12	5-841	Operation an den Bändern der Hand	5



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
13	5-849	Sonstige Operation an der Hand	5
14	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	4
15	1-697	Untersuchung eines Gelenks durch eine Spiegelung	4
16	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	< 4
17	5-780	Operativer Einschnitt in Knochengewebe bei einer keimfreien oder durch Krankheitserreger verunreinigten Knochenkrankheit	< 4
18	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	< 4
19	5-794	Operatives Einrichten (Reposition) eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens und Befestigung der Knochenteile mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten	< 4
20	5-79b	Operatives Einrichten (Reposition) einer Gelenkverrenkung	< 4
21	5-800	Offener operativer Eingriff an einem Gelenk	< 4
22	5-801	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken)	< 4
23	5-807	Wiederherstellende Operation an Sehnen bzw. Bändern sonstiger Gelenke	< 4
24	5-842	Operation an den Bindegewebshüllen der Muskeln und Sehnen an Hand bzw. Fingern	< 4
25	5-844	Operativer Eingriff an Gelenken der Hand außer dem Handgelenk	< 4
26	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	< 4
27	5-853	Wiederherstellende Operation an Muskeln	< 4
28	5-859	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln	< 4
29	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4

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

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

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



B-13.11 Personelle Ausstattung

B-13.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			32,17	91,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	32,17		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	21,41		
	- ambulant	10,76		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			16,44	179,87
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,44		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,94		
	- ambulant	5,50		

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		62,21	47,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	62,21 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	56,98 5,23		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		3,67	805,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,67 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,67 –		
Pflegefachfrau, Pflegefachmann	3 Jahre		0,15	19.713,33
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,15 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,15 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		6,59	448,71
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,59 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,59 –		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		1,01	2.927,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,01 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,01 –		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		4,58	645,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,58 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,26 0,32		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		2,87	1.030,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,87 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,87 –		

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-13 Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastisch-Ästhetische Chirurgie

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor Pflegermanagement, Bachelor of Nursing, Medizinpädagogik
PQ21	Casemanagement
PQ02	Diplom Pflegermanagement
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 Augmentationsoperationen, formverändernde Operationen)

Gynäkologisches Krebszentrum

www.gynaekologisches-krebszentrum-koeln.de

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

Ambulanz für medikamentöse Tumorthherapie

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

Gynäkologische Dysplasie-Einheit

Kolposkopie und Vulvoskopie bei benignen, prämaligen 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 Gebärmutter-
spiegelung oder Bauchspiegelung, Uterusarterienembolisation (UAE) und
Myomtherapie durch MRT-gesteuerten fokussierten Ultraschall (MR-HIFU)

B-14.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-14.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

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



B-14.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-14.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	5.263
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	87

B-14.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	Z38	Neugeborene	841
2	O34	Betreuung der Mutter bei festgestellten oder vermuteten Fehlbildungen oder Veränderungen der Beckenorgane	359
3	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim ungeborenen Kind	328
4	O42	Vorzeitiger Blasensprung	328
5	O80	Normale Geburt eines Kindes	249
6	C50	Brustkrebs	247
7	O24	Zuckerkrankheit in der Schwangerschaft	158
8	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
9	D25	Gutartiger Tumor der Gebärmuttermuskulatur	147
10	O26	Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind	129
11	O60	Vorzeitige Wehen und Entbindung	108
12	C56	Eierstockkrebs	81
13	Z83	Sonstige spezifische Krankheit in der Familienvorgeschichte	73
14	C53	Gebärmutterhalskrebs	72
15	N81	Vorfall der Scheide bzw. der Gebärmutter	67
16	P07	Störung aufgrund kurzer Schwangerschaftsdauer oder niedrigem Geburtsgewicht	67
17	P22	Atemnot beim Neugeborenen	62
18	D27	Gutartiger Eierstocktumor	59
19	O14	Schwangerschaftsbedingter Bluthochdruck mit Eiweißausscheidung im Urin	58
20	N83	Nichtentzündliche Krankheit des Eierstocks, des Eileiters bzw. der Gebärmutterbänder	55
21	O46	Blutung vor der Geburt	49
22	P70	Vorübergehende Störung des Zuckerstoffwechsels, die insbesondere beim ungeborenen Kind und beim Neugeborenen typisch ist	48



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
23	O44	Fehllage der Plazenta vor dem Muttermund	47
24	O35	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung oder Schädigung des ungeborenen Kindes	46
25	O32	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter falscher Lage des ungeborenen Kindes	42
26	O75	Sonstige Komplikationen bei Wehentätigkeit bzw. Entbindung	42
27	O68	Komplikationen bei Wehen bzw. Entbindung durch Gefahrenzustand des Kindes	41
28	C54	Gebärmutterkrebs	40
29	O30	Mehrlingsschwangerschaft	40
30	O43	Krankhafter Zustand des Mutterkuchens (Plazenta)	39

B-14.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-262	Versorgung eines Neugeborenen nach der Geburt	2.056
2	5-749	Sonstiger Kaiserschnitt	1.466
3	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	777
4	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	743
5	9-260	Überwachung und Betreuung einer normalen Geburt	689
6	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	340
7	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	307
8	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	245
9	9-280	Krankenhausbehandlung vor der Entbindung im gleichen Aufenthalt	238
10	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	191
11	9-984	Pflegebedürftigkeit	185
12	5-728	Operative Entbindung durch die Scheide mittels Saugglocke	177
13	5-730	Künstliche Fruchtblasensprengung	175
14	5-756	Entfernung von zurückgebliebenen Resten des Mutterkuchens (Plazenta) nach der Geburt	170
15	5-704	Operative Raffung der Scheidenwand bzw. Straffung des Beckenbodens mit Zugang durch die Scheide	159
16	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	135
17	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	133
18	5-683	Vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	131
19	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	123
20	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	123



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
21	5-672	Sonstige operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Gebärmutterhalses	117
22	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	117
23	9-261	Überwachung und Betreuung einer Geburt mit erhöhter Gefährdung für Mutter oder Kind	111
24	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	100
25	5-682	Fast vollständige operative Entfernung der Gebärmutter	93
26	5-543	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe aus der Bauchhöhle	91
27	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	91
28	5-738	Erweiterung des Scheideneingangs durch Dammschnitt während der Geburt mit anschließender Naht	76
29	5-541	Operative Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des dahinter liegenden Gewebes	71
30	5-679	Sonstige Operation am Gebärmutterhals	66

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 Tumorthherapie 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	575
2	5-671	Operative Entnahme einer kegelförmigen Gewebeprobe aus dem Gebärmutterhals	120
3	5-690	Operative Zerstörung des oberen Anteils der Gebärmutter Schleimhaut – Ausschabung	90
4	1-472	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem Gebärmutterhals ohne operativen Einschnitt	66
5	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gebärmutter Schleimhaut ohne operativen Einschnitt	57
6	5-681	Operative Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Gebärmutter	51
7	5-399	Sonstige Operation an Blutgefäßen	42
8	5-751	Ausschabung zur Beendigung der Schwangerschaft	18
9	5-711	Operation an der Scheidenvorhofdrüse (Bartholin-Drüse)	12
10	5-758	Wiederherstellende Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen nach Dammriss während der Geburt	9
11	1-694	Untersuchung des Bauchraums bzw. seiner Organe durch eine Spiegelung	8
12	5-657	Operatives Lösen von Verwachsungen an Eierstock und Eileitern ohne Zuhilfenahme von Geräten zur optischen Vergrößerung	5
13	5-691	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Gebärmutter	5
14	5-702	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Scheide bzw. des Raumes zwischen Gebärmutter und Dickdarm (Douglasraum) mit Zugang durch die Scheide	5
15	5-882	Operation an der Brustwarze	4
16	1-460	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Niere, Harnwegen bzw. Prostata durch die Harnröhre	< 4
17	1-661	Untersuchung der Harnröhre und der Harnblase durch eine Spiegelung	< 4
18	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	< 4
19	5-490	Operative(r) Einschnitt oder Entfernung von Gewebe im Bereich des After	< 4
20	5-492	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe im Bereich des Darmausganges	< 4
21	5-651	Operative Entfernung oder Zerstörung von Gewebe des Eierstocks	< 4
22	5-653	Operative Entfernung des Eierstocks und der Eileiter	< 4
23	5-661	Operative Entfernung eines Eileiters	< 4
24	5-675	Sonstige wiederherstellende Operation am Gebärmutterhals	< 4
25	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
26	5-870	Operative brusterhaltende Entfernung von Brustdrüsengewebe ohne Entfernung von Achsellymphknoten	< 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			32,99	159,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	32,99		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	23,42		
	- ambulant	9,57		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			21,23	247,90
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,23		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,07		
	- ambulant	6,16		

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 Tumorthherapie
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		48,72	108,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	48,72 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	45,63 3,09		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre			492,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	10,68 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,45 0,23		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		10,89	483,29
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	10,89 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,89 –		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		1,29	4.079,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,29 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,90 0,39		
Hebammen und Entbindungspfleger	3 Jahre		16,78	313,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	16,78 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	15,25 1,53		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		7,98	659,52
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	7,98 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,84 1,14		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		14,99	351,10
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	14,99 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	14,99 –		

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-14 Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ02	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 Speicheldrangendoskopie zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Gangsystems der großen Kopfspeicheldrüsen erfolgreich durchgeführt. Auch die Rehabilitation des gelähmten Gesichtes ist ein Schwerpunkt unserer Klinik.

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

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

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

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

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



B-15.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-15.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

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

Neurochirurgie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Allgemein

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

Mund/Hals

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

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

Nase

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

Ohr

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Rekonstruktive Chirurgie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

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

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

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

B-15.4

Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-15.5

Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	2.652
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	40



B-15.6

Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	J35	Anhaltende (chronische) Krankheit der Gaumen- bzw. Rachenmandeln	161
2	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	137
3	H91	Sonstiger Hörverlust	122
4	J38	Krankheit der Stimmlippen bzw. des Kehlkopfes	121
5	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	119
6	D11	Gutartiger Tumor der großen Speicheldrüsen	105
7	H71	Eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Zerstörung von Knochen und fortschreitender Schwerhörigkeit – Cholesteatom	104
8	C32	Kehlkopfkrebs	80
9	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	75
10	J36	Abgekapselter eitriger Entzündungsherd (Abszess) in Umgebung der Mandeln	67
11	S02	Knochenbruch des Schädels bzw. der Gesichtsschädelknochen	57
12	G47	Schlafstörung	51
13	H90	Hörverlust durch verminderte Leitung oder Wahrnehmung des Schalls	51
14	C01	Krebs des Zungengrundes	50
15	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	48
16	M95	Sonstige erworbene Verformung des Muskel-Skelett-Systems bzw. des Bindegewebes	48
17	C44	Sonstiger Hautkrebs	45
18	H65	Nichteitrige Mittelohrentzündung	45
19	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	41
20	J03	Akute Mandelentzündung	40
21	R04	Blutung aus den Atemwegen	40
22	J39	Sonstige Krankheit der oberen Atemwege	38
23	H66	Eitrige bzw. andere Form der Mittelohrentzündung	36
24	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	33
25	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	33
26	C09	Krebs der Gaumenmandel	28
27	R59	Lymphknotenvergrößerung	28
28	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	27
29	J95	Krankheit der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen	27
30	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	25



B-15.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-610	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung	497
2	1-242	Messung des Hörvermögens – Audiometrie	487
3	1-630	Untersuchung der Speiseröhre durch eine Spiegelung	354
4	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	320
5	1-422	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Rachen ohne operativen Einschnitt	301
6	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	283
7	5-281	Operative Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandel) – Tonsillektomie ohne Adenotomie	237
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	230
9	5-983	Erneute Operation	206
10	9-984	Pflegebedürftigkeit	200
11	5-262	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	198
12	5-285	Operative Entfernung der Rachenmandeln bzw. ihrer Wucherungen (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	180
13	5-224	Operation an mehreren Nasennebenhöhlen	176
14	5-189	Sonstige Operation am äußeren Ohr	172
15	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	172
16	5-403	Komplette, operative Entfernung aller Halslymphknoten – Neck dissection	172
17	1-421	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) am Kehlkopf ohne operativen Einschnitt	170
18	5-209	Sonstige Operation am Mittel- bzw. Innenohr	167
19	1-611	Untersuchung des Rachens durch eine Spiegelung	160
20	5-269	Andere Operation an Speicheldrüse bzw. Speicheldrüsenausführungsgang	151
21	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	143
22	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	130
23	5-204	Wiederherstellende Operation am Mittelohr	127
24	5-292	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Rachens	123
25	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	123
26	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	100
27	1-420	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Mund bzw. Mundhöhle ohne operativen Einschnitt	96
28	5-312	Anlegen eines dauerhaften, künstlichen Luftröhrenausganges	91
29	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	88
30	5-218	Operative Korrektur der inneren bzw. äußeren Nase	81



B-15.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeine Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
VH04	Mittelohrchirurgie
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Allgemeine Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Gesamtes Spektrum der HNO-Notfalldiagnostik und -therapie

Allgemeine Privatambulanz

Privatambulanz

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

Cochlear Implant Centrum Köln

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

Nachsorge nach Cochlear Implantation

Onkologische Nachsorge

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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

Komplette Diagnostik und gegebenenfalls Therapie im Rahmen der onkologischen Nachsorge

Nr.	Angebotene Leistung
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge
Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
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)	234
2	5-200	Operativer Einschnitt in das Trommelfell	223
3	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	10
4	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	10
5	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	6
6	5-215	Operation an der unteren Nasenmuschel	5
7	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	5
8	5-214	Operative Entfernung bzw. Wiederherstellung der Nasenscheidewand	4



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
9	1-586	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Lymphknoten durch operativen Einschnitt	< 4
10	5-097	Lidstraffung	< 4
11	5-184	Operative Korrektur absteigender Ohren	< 4
12	5-194	Operativer Verschluss des Trommelfells (Typ I)	< 4
13	5-195	Operativer Verschluss des Trommelfells oder wiederherstellende Operation an den Gehörknöchelchen	< 4
14	5-211	Operativer Einschnitt in die Nase	< 4
15	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
16	5-219	Sonstige Operation an der Nase	< 4
17	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	< 4
18	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
19	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	< 4
20	5-280	Operative Eröffnung bzw. Ableitung eines im Rachen gelegenen eitrigen Entzündungsherdes (Abszess) von der Mundhöhle aus	< 4
21	5-282	Operative Entfernung von Gaumen- und Rachenmandeln	< 4
22	5-300	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	< 4
23	5-316	Wiederherstellende Operation an der Luftröhre	< 4
24	5-640	Operation an der Vorhaut des Penis	< 4
25	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	< 4
26	5-905	Hautverpflanzung mit zugehörigen blutversorgenden Gefäßen und Nerven[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	< 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			22,29	118,98
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,29		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	16,40		
	- ambulant	5,89		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			10,29	257,73
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	10,29		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	7,57		
	- ambulant	2,72		

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 Tumorthherapie
ZF33	Plastische Operationen

B-15.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		29,04	91,32
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	29,04		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	28,10		
	- ambulant	0,94		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern und Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger	3 Jahre		2,45	1.082,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,45 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,45 –		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,75	3.536,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,75 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,75 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		1,18	2.247,46
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,18 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,18 –		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		3,85	688,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,85 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,56 0,29		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		0,25	10.608,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,25 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,25 –		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
	Pädagogik, Ernährungsberatung
PQ21	Casemanagement
PQ15	Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenschwäger
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ13	Hygienefachkraft
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
	Pflegepädagogik
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ20	Praxisanleitung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-15 Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde,
Kopf- und Hals-Chirurgie

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP08	Kinästhetik
ZP14	Schmerzmanagement
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement



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



Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

B-16.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Zentrum für Augenheilkunde – Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	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, Neuroophthalmologie, Erkrankungen von Lidern, Tränenwegen und Orbita, Onkologie sowie Erkrankungen der Netzhaut.

Die Klinik hat ein deutlich überregionales Einzugsgebiet, das weit über NRW hinausgeht. Die Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums steht zur Versorgung von ophthalmologischen Notfällen zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung.

In der Klinik für allgemeine Ophthalmologie liegt der Schwerpunkt auf der Behandlung des grauen Stars einschließlich aller Arten von Kunstlinsenimplantation, der Operation und medikamentösen Behandlung von komplizierten Erkrankungen der Hornhaut und der Durchführung und Nachsorge von Hornhauttransplantationen. An der Kölner Uniaugenklinik werden über 10 % aller Hornhauttransplantationen in Deutschland durchgeführt.

Glaukomerkrankungen in allen Formen sind ein besonderer Schwerpunkt des Zentrums. Es stehen alle invasiven und Laser-unterstützten Operationstechniken für das Glaukom zur Verfügung. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Ophthalmo-Onkologie und die stadiengerechte Therapie von Augentumoren in Kooperation mit dem Centrum für Integrierte Onkologie (CIO).

Im Zentrum für Augenheilkunde werden im Schwerpunkt für Schielbehandlung und Neuroophthalmologie und okkuläre Motilitätsstörungen alle Formen des frühkindlichen Schielens und des Lähmungsschielens diagnostiziert und falls notwendig sowohl konservativ als auch chirurgisch operativ behandelt.

Im Zentrum für Augenheilkunde versorgt der Schwerpunkt für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie alle Erkrankungsformen der diabetischen Netzhauterkrankungen und bietet Laserbehandlungen und anatomieerhaltende Netzhautchirurgie an. Einen weiteren Schwerpunkt stellt die medikamentöse und chirurgische Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration in Diagnostik und Therapie dar. Die medikamentöse und chirurgische Behandlung von Endophthalmitiden, sowie die Behandlung und Diagnostik von Dystrophien und Tumoren der Netzhaut werden durchgeführt.

Ein weiterer wichtiger Schwerpunkt der Kölner Universitätsaugenklinik ist die translationale Forschung. Dazu hat die Kölner Uniaugenklinik als einzige Uniaugenklinik in Deutschland eine DFG Forschergruppe eingerichtet (FOR2240; www.for2240.de; Sprecher: Prof. Dr. Claus Cursiefen).

Allgemeine Augenheilkunde und Poliklinik

Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Claus Cursiefen

Telefon 0221 478-4300

Telefax 0221 478-5094

claus.cursiefen@uk-koeln.de



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	6.240
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	70

B-16.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	H40	Grüner Star – Glaukom	2.147
2	H18	Sonstige Krankheit oder Veränderung der Hornhaut des Auges	1.059
3	H33	Netzhautablösung bzw. Netzhautriss des Auges	551
4	H25	Grauer Star im Alter – Katarakt	448
5	H50	Sonstiges Schielen	357
6	H16	Entzündung der Hornhaut des Auges – Keratitis	193
7	H35	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Netzhaut des Auges	146
8	C44	Sonstiger Hautkrebs	130
9	H02	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung des Augenlides	112
10	H17	Narbe bzw. Trübung der Hornhaut des Auges	108
11	H26	Sonstiger Grauer Star	81
12	Q15	Sonstige angeborene Fehlbildung des Auges	79
13	H04	Krankheit bzw. Veränderung des Tränenapparates	71
14	H27	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Augenlinse	62
15	D23	Sonstige gutartige Tumoren der Haut	61
16	S05	Verletzung des Auges bzw. der knöchernen Augenhöhle	57
17	H44	Krankheit bzw. Veränderung des Augapfels	55
18	E11	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-2	45
19	H43	Krankheit bzw. Veränderung des Glaskörpers des Auges	44
20	D31	Gutartiger Tumor am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	39
21	Q12	Angeborene Fehlbildung der Augenlinse	37



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

– Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
22	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	36
23	H11	Sonstige Krankheit bzw. Veränderung der Bindehaut des Auges	32
24	Q10	Angeborene Fehlbildung des Augenlides, des Tränenapparates bzw. der knöchernen Augenhöhle	20
25	T85	Komplikationen durch sonstige eingepflanzte Fremdteile (z.B. künstliche Augenlinsen, Brustimplantate) oder Verpflanzung von Gewebe im Körperinneren	19
26	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	15
27	E10	Zuckerkrankheit, die von Anfang an mit Insulin behandelt werden muss – Diabetes Typ-1	13
28	H20	Entzündung der Regenbogenhaut (Iris) bzw. des Strahlenkörpers des Auges	13
29	D22	Vermehrte, gutartige Produktion von Körperfarbstoffen durch die Pigmentzellen der Haut	11
30	B00	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Herpesviren	10

B-16.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	1-220	Messung des Augeninnendrucks	3.108
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	1.240
3	5-131	Senkung des Augeninnendrucks durch eine ableitende Operation	1.030
4	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	981
5	5-158	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges und nachfolgender Ersatz mit Zugang über den Strahlenkörper	928
6	5-983	Erneute Operation	899
7	5-125	Verpflanzung bzw. künstlicher Ersatz der Hornhaut des Auges	896
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	580
9	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	545
10	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	509
11	5-159	Operative Entfernung des Glaskörpers des Auges durch sonstigen Zugang bzw. sonstige Operation am Glaskörper	502
12	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	353
13	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	310
14	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	310
15	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	305
16	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	290
17	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	233
18	5-156	Sonstige Operation an der Netzhaut	221



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

– Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
19	5-985	Operation unter Verwendung von Laserinstrumenten	202
20	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	186
21	5-124	Nähen der Hornhaut des Auges	175
22	5-155	Operative Zerstörung von erkranktem Gewebe der Netz- bzw. Aderhaut	141
23	5-137	Sonstige Operation an der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	138
24	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	123
25	5-146	Einführung oder Wechsel einer künstlichen Augenlinse	102
26	5-160	Operative Eröffnung der Augenhöhle	99
27	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	90
28	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	81
29	5-095	Nähen des Augenlides	78
30	5-097	Lidstraffung	67

B-16.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Ambulanz (Poliklinik)

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen
VA17	Spezialsprechstunde

Medizinisches Versorgungszentrum

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

– Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Nr.	Angebotene Leistung
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit

Notfallambulanz

Notfallambulanz (24h)

Notfallversorgung bei Augenverletzungen, Verletzungen der Augenlider und der 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	1.474
2	5-144	Operative Entfernung der Augenlinse ohne ihre Linsenkapsel	406
3	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	298
4	5-097	Lidstraffung	290



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

– Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
5	5-154	Sonstige Operation zur Befestigung der Netzhaut nach Ablösung	203
6	5-142	Operation einer Augenlinsentrübung nach Operation des Grauen Stars (Nachstar)	187
7	5-093	Korrekturoperation bei Ein- bzw. Auswärtsdrehung des Augenlides	135
8	5-112	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Bindehaut des Auges	109
9	5-133	Senkung des Augeninnendrucks im Auge durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	95
10	5-136	Sonstiger operativer Einschnitt bzw. teilweise Entfernung der Regenbogenhaut des Auges (Iris)	69
11	5-10k	Kombinierte Operation an den Augenmuskeln	64
12	5-094	Korrekturoperation bei einseitigem Augenliddiefstand	63
13	5-123	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe der Hornhaut des Auges	61
14	5-129	Sonstige Operation an der Hornhaut des Auges	45
15	5-095	Nähen des Augenlides	42
16	5-139	Sonstige Operation an der Lederhaut (Sklera), der vorderen Augenkammer, der Regenbogenhaut (Iris) bzw. dem Strahlenkörper des Auges	35
17	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	23
18	5-096	Sonstige wiederherstellende Operation an den Augenlidern	21
19	5-10g	Schwächender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel z.B. bei Schielen	17
20	5-149	Sonstige Operation an der Augenlinse	14
21	5-147	Erneuerung oder Entfernung einer künstlichen Augenlinse	8
22	5-10b	Schwächender Eingriff an einem geraden Augenmuskel	6
23	5-113	Operativer Ersatz der Bindehaut des Auges	5
24	1-642	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms	< 4
25	5-085	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Tränensack bzw. sonstigen Tränenwegen	< 4
26	5-086	Wiederherstellende Operation am Tränenkanal bzw. Tränenpunkt	< 4
27	5-098	Senkrechte Lidverlängerung	< 4
28	5-10f	Verstärkender Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	< 4
29	5-114	Lösung von Verklebungen zwischen der Bindehaut des Auges und dem Augenlid	< 4
30	5-132	Senkung des Augeninnendrucks durch Operation am Strahlenkörper	< 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			35,96	173,53
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	35,96		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	25,00		
	- ambulant	10,96		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			22,22	280,83
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	22,22		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,45		
	- ambulant	6,77		

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	53,18	117,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	53,18		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	48,69		
	- ambulant	4,49		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger		3 Jahre	1,53	4.078,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,53		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,53		
	- ambulant	–		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger		3 Jahre	0,91	6.857,14
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,91		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,91		
	- ambulant	–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-16 Zentrum für Augenheilkunde

– Klinik und Poliklinik für Allgemeine Augenheilkunde

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		3,38	1.846,15
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,38 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,38 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		15,30	407,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	15,30 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	15,30 –		

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 Soziale Arbeit, Pflegemanagement
PQ21	Casemanagement
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 zerebro-vasculäre 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 (Hirnfarkt), zerebrale Blutung (Hirnblutung), Subarachnoidalblutung u. Hirnvenenthrombose mit Physiotherapie, Logopädie, Behandlung von Sprach-, Schluck- u. Hirnleistungsstörungen
VN21	Neurologische Frührehabilitation
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin Neurologische Intensivstation für zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfälle, die innerhalb der ersten 4,5 Stunden in unsere Klinik kommen, in denen das Gerinnsel mit Medikamenten aufgelöst werden kann. Auch für schwere entzündliche oder autoimmune Erkrankungen mit Überwachungspflicht.
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie
VN20	Spezialsprechstunde
VN24	Stroke Unit

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Ultraschalluntersuchungen

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

B-17.4

Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**



B-17.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	4.555
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	107

B-17.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	I63	Schlaganfall durch Verschluss eines Blutgefäßes im Gehirn – Hirninfarkt	1.023
2	G45	Kurzzeitige Durchblutungsstörung des Gehirns (TIA) bzw. verwandte Störungen	367
3	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	303
4	G20	Parkinson-Krankheit	264
5	G35	Chronisch entzündliche Krankheit des Nervensystems – Multiple Sklerose	147
6	I61	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns	126
7	G41	Anhaltende Serie von aufeinander folgenden Krampfanfällen	118
8	I67	Sonstige Krankheit der Blutgefäße im Gehirn	93
9	C71	Gehirnkrebs	90
10	G70	Krankheit mit gestörter Übermittlung der Botenstoffe zwischen Nerv und Muskel, z.B. Myasthenie	84
11	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	81
12	G43	Migräne	76
13	S06	Verletzung des Schädelinneren	76
14	H81	Störung des Gleichgewichtsorgans	74
15	G62	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven	71
16	G51	Krankheit des Gesichtsnervs	66
17	G44	Sonstiger Kopfschmerz	64
18	R20	Störung der Berührungsempfindung der Haut	57
19	H46	Entzündung des Sehnervs	56
20	R51	Kopfschmerz	54
21	G04	Entzündung des Gehirns bzw. des Rückenmarks	53
22	G91	Wasserkopf	52
23	I60	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume	50
24	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	48
25	G25	Sonstige, vom Gehirn ausgehende Krankheit der Bewegungssteuerung bzw. Bewegungsstörung	46
26	G37	Sonstige Schädigung der weißen Substanz in Gehirn bzw. Rückenmark	37
27	G12	Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung	34
28	H49	Schielen aufgrund einer Lähmung der Augenmuskeln	30
29	B02	Gürtelrose – Herpes zoster	29



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
30	G30	Alzheimer-Krankheit	27

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)	4.527
2	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	3.455
3	1-207	Messung der Gehirnströme – EEG	2.535
4	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	1.692
5	8-981	Fachübergreifende neurologische Behandlung eines akuten Schlaganfalls	1.510
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	1.153
7	1-206	Untersuchung der Nervenleitung – ENG	1.149
8	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	623
9	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	596
10	1-901	(Neuro-)psychologische Untersuchung bzw. Erfassung des psychosozialen Hintergrundes, wie finanzielle, berufliche und familiäre Situation	422
11	1-205	Messung der elektrischen Aktivität der Muskulatur – EMG	327
12	8-552	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten	327
13	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	269
14	9-401	Behandlungsverfahren zur Erhaltung und Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten – Psychosoziale Intervention	262
15	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	227



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
16	8-020	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken	189
17	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	157
18	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	152
19	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	100
20	6-001	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 1 des Prozedurenkatalogs	81
21	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	58
22	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	53
23	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	52
24	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	44
25	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	43
26	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	43
27	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	41
28	8-97d	Fachübergreifende Behandlung sonstiger lang andauernder Krankheiten	40
29	8-924	In den Körper eingreifende Überwachung verschiedener Funktionen des Nervensystems	38
30	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	36

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
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-17 Klinik und Poliklinik für Neurologie

Nr.	Angebotene Leistung
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	Spezialprechstunde
Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie) (mit Ablauf 3. Juli 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
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
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns



Nr.	Angebotene Leistung
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
VN22	Schlafmedizin
VN23	Schmerztherapie



Nr.	Angeborene Leistung
VN20	Spezialprechstunde

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			41,72	109,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	41,72		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	32,77		
	- ambulant	8,95		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			12,79	356,14
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	12,79		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,05		
	- ambulant	2,74		

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
ZF09	Geriatric
ZF15	Intensivmedizin
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF28	Notfallmedizin
ZF37	Rehabilitationswesen
ZF39	Schlafmedizin



Weitere Qualifikationen

- Fiberendoskopische Schluckdiagnostik
- Verkehrsmedizin
- Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Weiterbildungsbefugnisse

Facharztweiterbildung Neurologie

Univ.-Prof. Dr. med. Gereon R. Fink
Volle Weiterbildungszeit Neurologie (4 Jahre)

Intensivmedizin

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

PD 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		117,43	38,79
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	116,31 1,12		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	113,12 4,31		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,34	1.946,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,34 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,34 -		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		3,65	1.247,95
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,65 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	- 3,65		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		6,83	666,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	6,83 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,83 -		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,22	1.414,60
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,22 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,22 -		

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
	Gesundheitsökonomie, Allgemeine Pflege
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ18	Pflege in der Endoskopie
PQ20	Praxisanleitung



Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP07	Geriatrie
ZP08	Kinästhetik
ZP09	Kontinenzmanagement
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 103 Betten auf 5 Stationen, 25 eilstationäre Plätze inklusive einer Tagesklinik und ein Angebot der stationsäquivalenten Behandlung (StäB). Zusammen mit der DAK betreibt die Klinik einen IV-Vertrag Zuhause-Behandlung von Patienten mit psychotischen und affektiven Erkrankungen.

Die Klinik ist für die gesamte stationäre psychiatrische Versorgung des Kölner Stadtbezirks 3 (130.000 Einwohner) zuständig. Zur Verfügung steht ein breites Spektrum differenzierter, multiprofessioneller Diagnoseverfahren einschließlich psychiatrischer, psychologischer, neurophysiologischer und bildgebender Diagnostik in Kooperation mit der Klinik für Neurologie, der Neuroradiologie und Nuklearmedizin.

Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft verbinden die angewandten Therapieverfahren moderne, auf ihre Wirksamkeit geprüfte Strategien der Psycho-, Sozio- und Pharmakotherapie.

Den stationär und teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten stehen eine Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten neben der ärztlich-psychiatrischen Behandlung zur Verfügung: Ergotherapie, Kunsttherapie, Physiotherapie, Entspannungstraining, psychotherapeutische Einzeltherapie und störungsspezifische Gruppentherapien, unter anderem für Patientinnen und Patienten mit Psychosen, Angststörungen, Borderline-Störungen, depressiven Störungen, bipolaren Erkrankungen, Demenzen und Suchterkrankungen. Gerade die psychotherapeutischen Behandlungsangebote wurden über die letzten Jahre systematisch erweitert und durch engmaschige qualifizierte Supervisionen in ihrer Qualität gesichert. Außerdem werden Angehörigen-Gruppen für betroffene Familien angeboten. Der Sozialdienst unterstützt die Patientinnen und Patienten bei der Lösung finanzieller und sozialer Probleme.

Die ambulante Versorgung erfolgt über die Poliklinik (zur Krisenintervention und Notfallversorgung über 24 Stunden) sowie die Institutsambulanz (intensivierte längerfristige Betreuung durch ein multiprofessionelles Team von Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, psychiatrisch geschultem Krankenpflegepersonal und Ergotherapeutinnen und -therapeuten) 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	967
Teilstationäre Fallzahl	202
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	277
2	F20	Schizophrenie	137
3	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	106
4	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	106
5	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	52
6	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	48
7	F25	Psychische Störung, die mit Realitätsverlust, Wahn, Depression bzw. krankhafter Hochstimmung einhergeht – Schizoaffective Störung	40
8	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	27
9	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	24
10	F03	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz), vom Arzt nicht näher bezeichnet	20
11	F06	Sonstige psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	15
12	F19	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Gebrauch mehrerer Substanzen oder Konsum anderer bewusstseinsverändernder Substanzen	12
13	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	12
14	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	10
15	G30	Alzheimer-Krankheit	9
16	F13	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Beruhigungs- oder Schlafmittel	8
17	F61	Kombinierte und sonstige Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens	8



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
18	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)	7
19	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	7
20	F41	Sonstige Angststörung	7
21	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	7
22	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	5
23	E51	Mangel an Vitamin B1	< 4
24	F01	Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (Demenz) durch Blutung oder Verschluss von Blutgefäßen im Gehirn	< 4
25	F28	Sonstige nicht körperlich bedingte psychische Störung, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen ähnlich der Psychose einhergeht	< 4
26	F29	Vom Arzt nicht näher bezeichnete, nicht körperlich bedingte psychische Krankheit, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen einhergehen	< 4
27	F30	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung – Manische Episode	< 4
28	F34	Anhaltende (chronische) Stimmungs- und Gefühlsstörung	< 4
29	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
30	F42	Zwangsstörung	< 4

B-18.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-649	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Erwachsenen	7.802
2	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	1.272
3	9-701	Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung bei Erwachsenen	838
4	9-618	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 2 Merkmalen	482
5	9-640	Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	390
6	8-632	Repetitive transkranielle Magnetstimulation [rTMS]	336
7	9-617	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 1 Merkmal	251
8	9-984	Pflegebedürftigkeit	218
9	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	53
10	9-645	Indizierter komplexer Entlassungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	51
11	9-619	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 3 Merkmalen	47
12	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	20
13	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	19



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
14	9-61a	Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei erwachsenen Patienten mit 4 Merkmalen	16
15	8-548	Behandlung der HIV-Krankheit mit einer bestimmten Kombination von Medikamenten- HAART	7
16	3-720	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Gehirns mittels radioaktiver Strahlung (SPECT)	6
17	3-750	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Gehirns mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	6
18	1-20a	Sonstige Untersuchung der Funktion des Nervensystems	< 4
19	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung	< 4
20	1-632	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung	< 4
21	1-991	Test (Molekulares Monitoring) zur Bestimmung verbliebener Tumorzellen nach einer Krebsbehandlung	< 4
22	3-030	Umfassende Ultraschalluntersuchung mit Kontrastmittel zur Abklärung und zum Ausschluss von Verdachtsdiagnosen	< 4
23	6-003	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 3 des Prozedurenkatalogs	< 4
24	6-005	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 5 des Prozedurenkatalogs	< 4
25	6-009	Applikation von Medikamenten, Liste 9	< 4
26	6-00c	Applikation von Medikamenten, Liste 12	< 4
27	8-631	Einwirkung auf das Nervensystem mittels elektrischer Impulse	< 4
28	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	< 4
29	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

B-18.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

Altersdepressionsambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik und Behandlung von Depression im Alter, neuropsychologische Testungen

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Früherkennungs- und Therapiezentrum (FETZ)

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Diagnostik des Risikos psychotischer und affektiver Erkrankungen

Privatambulanz

Privatambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Psychiatrische Poliklinik

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Zentrum für Gedächtnisstörungen

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

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

B-18.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-18.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-18.11 Personelle Ausstattung

B-18.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			21,23	45,55
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,23		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	15,46		
	- ambulant	5,77		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			5,33	181,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,33		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,88		
	- 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

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		95,00	10,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	95,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	84,88		
	- ambulant	10,12		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,59	608,18
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,59		
	- ambulant	–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,87	1.111,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,87		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,87		
	- ambulant	–		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,52	274,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,52		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,52		
	- 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
	Pflegewissenschaft
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ06	Master
	Pflegemanagement, 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		6,12	158,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,12	
	- indirekt	–	
Versorgungsbereich	- stationär	4,99	
	- ambulant	1,13	



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-18 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		0,70	1.381,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,70 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,56 0,14	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		5,78	167,30
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	5,78 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	5,78 –	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		6,64	145,63
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,94 5,70	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,52 0,12	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		2,95	327,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	– 2,95	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,95 –	

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 Klinikneubau (2004) dar, in dem 14 zusätzliche Betten für die stationäre Versorgung sind. 2008 konnte ein weiterer Anbau in Betrieb genommen werden, in dem die Jugendlichenstationen untergebracht sind.

2014 wurde zusätzlich eine Tagesklinik für Jugendliche mit weiteren sechs Plätzen eröffnet – dort werden vorwiegend Jugendliche mit emotional-instabilen Persönlichkeitsanteilen nach tiefenpsychologisch fundiertem Schwerpunkt behandelt (TFP-A).

2019 wurde eine weitere Station für Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren mit 8 Betten eröffnet, die nach einem spezifischen schematherapeutischen Konzept für Jugendliche arbeitet. Diagnostischer Schwerpunkt sind affektive Störungen aus dem depressiven Formenkreis. 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	574
Teilstationäre Fallzahl	111
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	300
2	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	60
3	F93	Störung des Gefühlslebens bei Kindern	37
4	F90	Störung bei Kindern, die mit einem Mangel an Ausdauer und einer überschießenden Aktivität einhergeht	33
5	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und des Gefühlslebens	21
6	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	20



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
7	F60	Schwere, beeinträchtigende Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens, z.B. paranoide, zwanghafte oder ängstliche Persönlichkeitsstörung	20
8	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörung	17
9	F91	Störung des Sozialverhaltens durch aggressives bzw. aufsässiges Benehmen	12
10	F94	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	12
11	F41	Sonstige Angststörung	7
12	F42	Zwangsstörung	7
13	F98	Sonstige Verhaltens- bzw. emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit oder Jugend	6
14	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	4
15	F10	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol	< 4
16	F12	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Wirkstoffe aus der Hanfpflanze wie Haschisch oder Marihuana	< 4
17	F15	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch andere anregende Substanzen, einschließlich Koffein	< 4
18	F20	Schizophrenie	< 4
19	F23	Akute, kurze und vorübergehende psychische Störung mit Realitätsverlust	< 4
20	F29	Vom Arzt nicht näher bezeichnete, nicht körperlich bedingte psychische Krankheit, die mit Realitätsverlust und Halluzinationen einhergehen	< 4
21	F30	Phase übermäßig guter Stimmung und Enthemmung – Manische Episode	< 4
22	F31	Psychische Störung mit Phasen der Niedergeschlagenheit und übermäßiger Hochstimmung – manisch-depressive Krankheit	< 4
23	F33	Wiederholt auftretende Phasen der Niedergeschlagenheit	< 4
24	F40	Unbegründete Angst (Phobie) vor bestimmten Situationen	< 4
25	F63	Ausgefallene Gewohnheiten bzw. Störung der Selbstbeherrschung	< 4

B-19.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	9-696	Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche bei Kindern und Jugendlichen	6.529
2	9-693	Erhöhter Betreuungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	1.087
3	9-672	Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	422
4	9-656	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	376
5	9-686	Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	50
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	30



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	1-207 *	Messung der Gehirnströme – EEG	< 4

* = OPS 1-207 – Die Anzahl der tatsächlich durchgeführten EEG-Untersuchungen liegt mit ausgezählt 25 für 2022 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 intensivisierte längerfristige Betreuung

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Ambulanz für geflüchtete Kinder und Adoleszente

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Spezialambulanz zur Versorgung geflüchteter Kinder und Adoleszenter mit dem Ziel Psychoedukation, Gegenwartstabilisierung und bei Indikation Traumatherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
VP12	Spezialsprechstunde

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.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Regulationsstörungssprechstunde

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
Privatambulanz

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde

Spezialambulanz für Angst-, Zwangs- und Tic-Störungen

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

Therapieprogramm f. Kinder u. Jugendliche m. Angst- u. Zwangsstörungen (THAZ),
Expositionsbehandlung mit Unterstützung. Behandlung von Tics mit Methoden zur
Stressreduktion u. zur sogenannten Reaktionsumkehr (habit reversal), ergänzende
medikamentöse Therapien

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)

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

Ausführliche Exploration, testpsychologische Verfahren, multimodale
Verhaltenstherapie, Eltern-Kind-Therapie auf Basis des Therapieprogramms für
Kinder mit Hyperkinetischem und Oppositionellem Problemverhalten (THOP):
Spieltraining, Selbstinstruktionstraining und Selbstmanagement-Verfahren

Nr.	Angebotene Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für autistische Störungen

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

Ausführliche Anamnese, standardisierte Fragebögen, autismspezifische,
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.	Angebote 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.	Angebote Leistung
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Jugendliche mit Selbstwert-, Leistungs- und Beziehungsstörungen

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

Therapieprogramm f. Jugendliche m. Selbstwert-, Leistungs- u. Beziehungsstörungen (SELBST): Am Anfang steht ein zeitlich begrenztes Gesprächsangebot, in dem mit dem Jugendlichen zunächst erarbeitet wird, ob ein intensiveres Behandlungsangebot sinnvoll ist und in dem die Motivation aufgebaut wird.



Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder

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

Beratungsangebot bei "funktionellen" Störungen wie Schlaf-, Fütter- u. Schreistörungen, allgemeine Regulationsstörungen, Interaktionsprobleme, Probleme von Risikosäuglingen und psychische Probleme, wie z. B. depressive u. posttraumatische Reaktionen nach äußeren Verlusterlebnissen

Nr.	Angebotene Leistung
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter
VP12	Spezialsprechstunde

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			16,76	34,25
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,76		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	12,22		
	- ambulant	4,54		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			3,50	164,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,55		
	- 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
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		24,57	23,36
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	24,57		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	24,30		
	- ambulant	0,27		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		16,44	34,91
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,44		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	16,44		
	- ambulant	–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-19 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		0,29	1.979,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,29 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,29 -		
Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer	1 Jahr		0,77	745,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,77 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,77 -		

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

Pflegerische Fachexpertisen – anerkannte Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ01	Bachelor
PQ21	Casemanagement
PQ02	Diplom
	Sozialpädagogik
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs
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		9,76	58,81
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	9,76 -	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	6,50 3,26	



Ausbildung/Beruf	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten		1,13	507,96
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,13 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,77 0,36	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten		1,76	326,14
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,76 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,25 0,51	
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		0,47	1.221,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,47 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,47 –	
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		2,33	246,35
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,62 1,71	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,33 –	
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen		4,93	116,43
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,93 –	
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,29 1,64	

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



B-20 Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie



Prof. Dr. med. Christian Albus

B-20.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Hausadresse	Weyertal 76 50931 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	psychosomatik-psychotherapie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Psychosomatik/Psychotherapie (3100) Hauptabteilung Poliklinik oder Ambulanz vorhanden
Klinikdirektor	Prof. Dr. med. Christian Albus
Telefon	0221 478-39556
Telefax	0221 478-39563
E-Mail	christian.albus@uk-koeln.de



Kurzportrait

Die klinischen Aufgaben der Abteilung liegen in der Diagnostik und Therapie von psychischen und psychosomatischen Störungen bei Erwachsenen (v. a. funktionelle und somatoforme Störungen, psychogene Essstörungen und psychische Komorbidität bei somatischen Erkrankungen).

Im Rahmen der ambulanten Versorgung übernehmen wir v. a. diagnostische Aufgaben als Vermittler zwischen dem primärärztlichen und dem psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem.

Unser stationäres Angebot besteht in multimodaler Intensivpsychotherapie für Patientinnen und Patienten, bei denen eine ambulante Therapie nicht ausreichend ist (z. B. besonders schwere Störungen oder Krisen im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie). Enthaltene Elemente sind Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Milieuthérapie, körperbezogene Verfahren, Kunst- und Musiktherapie, ggf. ergänzt um symptomadaptierte Medikation.

Im Rahmen unseres Konsil- und Liaisondienstes behandeln wir Patientinnen und Patienten unseres Fachgebietes mit, wenn sie primär in anderen Abteilungen am Universitätsklinikum betreut werden.

Im Jahr 2019 ist die Klinik in neue Räumlichkeiten im Evangelischen Krankenhaus Weyertal umgezogen. Auf zwei vollständig renovierten Etagen können wir unsere ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten jetzt in einem deutlich verbesserten Rahmen versorgen. Zusätzlich konnte der stationäre Bereich auf 18 Behandlungsplätze erweitert werden.

B-20.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-20.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP00	Adipositas therapie Interdisziplinäres Adipositaszentrum, gemeinsam mit der Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Tumor- und Transplantationschirurgie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie Kein Angebot bei akuter Suizidalität!
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen Diagnostik und Therapie funktioneller Körperbeschwerden
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Diagnostik und Therapie psychogener Essstörungen, v. a. Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Rauschessen



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren Multimodale Intensivpsychotherapie, Symptomadaptierte Pharmakotherapie
VP00	Psychodiabetologie Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP00	Psychokardiologie Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie, psychosoziale Faktoren in Entstehung und Verlauf körperlicher Erkrankungen
VP14	Psychoonkologie
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung
VP12	Spezialsprechstunde

B-20.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-20.5 Fallzahlen der Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl	94
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	27
2	F45	Störung, bei der sich ein seelischer Konflikt durch körperliche Beschwerden äußert – Somatoforme Störung	23
3	F50	Essstörungen, inkl. Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie)	22
4	F32	Phase der Niedergeschlagenheit – Depressive Episode	7
5	F44	Abspaltung von Gedächtnisinhalten, Körperwahrnehmungen oder Bewegungen vom normalen Bewusstsein – Dissoziative oder Konversionsstörung	7
6	F11	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Substanzen, die mit Morphinum verwandt sind (Opioide)	< 4
7	F41	Sonstige Angststörung	< 4
8	F42	Zwangsstörung	< 4



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	F43	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben	< 4
10	F48	Sonstige psychische Störung, die mit Ängsten, Zwängen bzw. Panikattacken einhergeht	< 4
11	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	1.813
2	1-902	Untersuchung der Wahrnehmung und des Verhaltens mithilfe standardisierter Tests	733
3	9-410	Bestimmtes psychotherapeutisches Verfahren, bei der ein Patient einzeln behandelt wird – Einzeltherapie	490
4	9-634	Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	274
5	9-607	Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	238
6	1-900	Untersuchung von psychischen Störungen bzw. des Zusammenhangs zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden	34
7	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	11
8	9-642	Umfassende klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	9
9	9-984	Pflegebedürftigkeit	5
10	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	< 4
11	9-641	Behandlung von Krisen bei psychischen bzw. durch die Psyche verursachten körperlichen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	< 4

In Ergänzung zu den oben aufgelisteten Prozeduren haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik bei ca. 800 stationären Patientinnen und Patienten anderer Abteilungen (z. B. Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie) Konsile durchgeführt.

Ein Konsil umfasst eine (oder mehrere) mindestens 50 minütige psychosomatisch-psychotherapeutische Untersuchung und Behandlung mit anschließender schriftlicher Rückmeldung des Befundes und der Therapieempfehlung an die Zuweiserin oder den Zuweiser.

Die wichtigsten Anlässe für Konsile waren Symptome psychischer Belastung (v. a. Depressivität und Angst) bei körperlichen Erkrankungen (sog. Anpassungsstörungen) sowie körperbezogene Beschwerden ohne ausreichend erklärenden organischen Befund (sog. somatoforme oder dissoziative Störungen).

B-20.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Insgesamt wurden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik ca. 1.500 Patientinnen und Patienten ambulant betreut. Davon wurden etwa 800 von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten an uns verwiesen, etwa 200 kamen aus



anderen Polikliniken der Universitätsklinik. Bei jeder Patientin oder jedem Patienten wurde ein (oder mehrere) mindestens 50-minütiges diagnostisch-beratendes Gespräch durchgeführt.

Die Anlässe umfassten alle Diagnosen des Fachgebietes, insbesondere Anpassungsstörungen bei belastenden Lebensereignissen und Krankheiten, depressive und/oder ängstliche Störungen, psychogene Essstörungen und körperliche Symptome ohne hinreichend erklärenden organischen Befund.

Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen, Suchterkrankungen oder akuter Suizidalität werden von uns nicht behandelt, sondern sind der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zuzuweisen.

Die Anmeldung der Patientinnen und Patienten erfolgt in der Regel telefonisch durch die Ärztin/den Arzt oder der Patientin/den Patienten selbst. Der Untersuchungstermin wird der Patientin oder dem Patienten schriftlich mitgeteilt und ist von unserer Seite für den Zeitpunkt garantiert. Wartezeiten fallen nicht an. Das diagnostische Gespräch mündet in eine Therapieberatung ein.

Falls keine Weiterbehandlung (ambulant oder stationär) in der eigenen Klinik möglich oder sinnvoll ist, erfolgt eine Weitervermittlung in das externe psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgungssystem.

Ambulanz und Poliklinik

Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V

Differentialdiagnose, -indikation und Therapieplatzvermittlung, Krisenintervention, Einzeltherapie

Nr.	Angebotene Leistung
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
VP00	Psychodiabetologie
VP00	Psychokardiologie
VP14	Psychoonkologie

Privatambulanz

Privatambulanz

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

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



Nr.	Angeborene Leistung
VP14	Psychoonkologie

B-20.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-20.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-20.11 Personelle Ausstattung

B-20.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			6,23	15,09
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,23		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,15		
	- ambulant	4,08		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			3,12	30,13
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,12		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,04		
	- ambulant	1,08		

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		10,61	8,86
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		10,61		
- indirekt		–		
Versorgungsbereich				
- stationär		10,61		
- ambulant		–		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,00	94,00
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		1,00		
- indirekt		–		
Versorgungsbereich				
- stationär		1,00		
- 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
PQ21	Casemanagement
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		0,07	1.342,86
Beschäftigungsverhältnis - direkt	0,07		
- indirekt	–		
Versorgungsbereich - stationär	0,07		
- ambulant	–		
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten		0,19	494,74
Beschäftigungsverhältnis - direkt	0,19		
- indirekt	–		
Versorgungsbereich - stationär	0,19		
- ambulant	–		
Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten im Sinne der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)			
Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten		0,19	494,74
Beschäftigungsverhältnis - direkt	–		
- indirekt	0,19		
Versorgungsbereich - stationär	0,19		
- 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 rezidierten Lymphdrüsenkrebses, die I-131 MIBG-Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom, die Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren, die Lu-177 PSMA Therapie beim Prostatakarzinom, die SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) sowie die nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (vorwiegend Prostatakarzinom).

Es wird eine nuklearmedizinische Prostatasprechstunde angeboten (Indikationssprechstunde PSMA PET/CT, Ra-223, Lu-177 PSMA-Therapie).

Diagnostik

- Schilddrüsenambulanz
- Wächterlymphknoten (Sentinel Lymph Node)-Szintigraphie
- Ganzkörper-PET/CT bei bösartigen Erkrankungen
- Ganzkörper-PET/CT bei neuroendokrinen Tumoren (Ga-68 DOTATATE)
- Ganzkörper-PET/CT beim Prostatakarzinom (C-11 Cholin, Ga-68 PSMA, F18 PSMA)
- Herzmuskel (Myokard)-Szintigraphie
- Hirn-Szintigraphie bei Bewegungsstörungen (Morbus Parkinson)
- Hirn-PET in der Abklärung einer Demenz (F-18FDG, Amyloid-Bildgebung mit C-11 PiB, F-18 Florbetaben, F-18 Florbetapir) und bei Hirntumoren (F-18 FET)

Therapie

- Radioiodtherapie des Schilddrüsenkarzinoms
- Radioiodtherapie bei Morbus Basedow, Autonomie, Struma
- Radioimmuntherapie beim rezidierten Lymphdrüsenkrebs
- I-131 MIBG Therapie beim Neuroblastom und Phäochromozytom
- Lu-177 DOTATATE Therapie bei neuroendokrinen Tumoren
- Lu-177 PSMA Therapie beim metastasierenden Prostatakarzinom
- SIRT (Selektive Interne Radiotherapie) bei Lebermetastasen und Leberzellkarzinom
- Nuklearmedizinische Schmerztherapie bei Knochenmetastasen (inkl. Ra-223)
- Referenz-Nuklearmedizin (national, international)
- PET bei Lymphdrüsenkrebs (Hodgkin-Krankheit)
- Echotherapie (HIFU) von Schilddrüsenknoten



B-21.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-21.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR40	Spezialsprechstunde

Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR00	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik (Gammakamera, SPECT, PET, Messsonden, Ganzkörperzähler)
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner Integriertes PET/CT (Biograph mCT Flow 128 Edge, Siemens, Baujahr 2014)
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie

Nuklearmedizinische Therapie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR00	Nuklearmedizinische Therapie Eigenständige Fachabteilung, gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Therapie (Radioiodtherapie, I-131-MIBG-Therapie, Radioimmuntherapie, Lu-177 DOTATATE, Lu-177 PSMA, SiRT, nuklearmedizinische Schmerztherapie von Knochenmetastasen)
VR39	Radioiodtherapie TSH-Stimulation beim Schilddrüsenkarzinom mit rekombinantem humanem TSH
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden Lu-177 DOTATATE Therapie b. neuroendokr. Tumoren, Lu-177 PSMA Therapie b. Prostatakarzinom, I-131 MIBG Therapie b. Neuroblastom u. Phäochromozytom, Y-90 Ibritumomab Tiuxetan b. follikul. NHL, Sm-153 Phosphonat 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	894
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14

B-21.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C73	Schilddrüsenkrebs	343
2	E05	Schilddrüsenüberfunktion	295
3	C61	Prostatakrebs	112
4	C17	Dünndarmkrebs	41
5	E04	Sonstige Form einer Schilddrüsenvergrößerung ohne Überfunktion der Schilddrüse	31
6	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	28
7	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	12
8	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	10
9	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	9
10	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	4
11	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	< 4
12	C47	Krebs der Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark bzw. des unwillkürlichen Nervensystems	< 4
13	C74	Nebennierenkrebs	< 4
14	C75	Krebs sonstiger hormonproduzierender Drüsen bzw. verwandter Strukturen	< 4
15	C80	Krebs ohne Angabe der Körperregion	< 4
16	D32	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute	< 4
17	D42	Tumor der Hirnhäute bzw. Rückenmarkshäute ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4

B-21.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-531	Strahlenbehandlung von Schilddrüsenkrankheiten mit radioaktivem Jod	526
2	3-709	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Lymphsystems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	328
3	8-530	Behandlung mit radioaktiven Substanzen, die vom Körper aufgenommen werden	213



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
4	3-70c	Bildgebendes Verfahren über den ganzen Körper zur Darstellung krankhafter Prozesse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	191
5	3-706	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Nieren mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	76
6	3-724	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung eines Körperabschnittes mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT)	64
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	64
8	3-705	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Muskel-Skelett-Systems mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	62
9	3-73x	Bildgebende Verfahren sonstiger Organe mittels radioaktiver Strahlung und Computertomographie (SPECT/CT)	39
10	3-701	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Schilddrüse mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	37
11	3-752	Darstellung der Stoffwechselvorgänge des Körperstammes mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	35
12	3-708	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Blutgefäße mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	21
13	3-702	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung sonstiger hormonproduzierender Organe mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	13
14	3-707	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung des Verdauungstraktes mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)	8
15	3-70b	Untersuchung der Stoffaufnahme und der Stoffabgabe von Zellen und Organen mithilfe radioaktiver Stoffe	6
16	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	5
17	3-75x	Darstellung der Stoffwechselvorgänge sonstiger Organe mit radioaktiv markierten Substanzen und Computertomographie (PET/CT)	4
18	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	< 4
19	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	< 4

B-21.8

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

MVZ IV Nuklearmedizin

Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V

Gesamtes Spektrum der nuklearmedizinischen Diagnostik, sowie der nuklearmedizinischen Therapie, soweit ambulante Umgangsgenehmigung vorhanden

Nr.	Angebotene Leistung
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen
VR18	Szintigraphie
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-21 Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin

Poliklinik für Nuklearmedizin

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Poliklinik für Nuklearmedizin

Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a 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.	Angebote Leistung
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner

Privatambulanz Nuklearmedizin

Privatambulanz

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

B-21.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-21.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-21.11 Personelle Ausstattung

B-21.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			11,62	76,94
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	11,62		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,62		
	- ambulant	–		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,74	188,61
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,74		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,74		
	- ambulant	–		

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
Magnetresonanztomographie 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		4,65	192,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,65 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,65 –		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,49	600,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,49 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,49 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,03	295,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,03 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,03 –		

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
PQ21	Casemanagement
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 (01.10.2022 bis 30.06.2023)	Priv.-Doz. Dr. med. Christian Baues
Komm. Leitung (01.07.2023 bis 31.10.2023)	Dr. med. Johannes Rosenbrock
Telefon	0221 478-84763
Telefax	0221 478-6158
E-Mail	christine.himmeroeder@uk-koeln.de (Sekretariat)



Klinikdirektor **Univ.-Prof. Dr. med. Emmanouil Fokas**
(seit 01.11.2023)
Telefon 0221 478-84763
Telefax 0221 478-6158
E-Mail emmanouil.fokas@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
- Bronchial-Karzinom (kombinierte Radiochemotherapie)
- Mamma-Karzinom
- Gynäkologische Tumoren (kombinierte Tele-Brachytherapie)
- Ganzkörperbestrahlung bei Leukämie
- Kindliche Tumoren
- Kopf-Hals-Tumoren (kombinierte Radiochemotherapie und Radio-Immuntherapie)
- Einbindung in das Centrum für Integrierte Onkologie (CIO), das Brustzentrum, das Genitalkrebszentrum, das Hauttumorzentrum und in das Darmzentrum

B-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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden
VR32	Hochvoltstrahlentherapie Perkutane Strahlenbehandlung (Linearbeschleuniger), Radiochemotherapie, radiochirurgische u. stereotaktische Bestrahlung (Hirntumoren), präoperative Radiochemotherapie, Ganzkörperbestrahlung, Radio-Immuntherapie, Mamma-Karzinom (Bestrahlung n. brusterhaltender OP, intraoperative Bestrahlung)
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
VR30	Oberflächenstrahlentherapie

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	823
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	20

B-22.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	C53	Gebärmutterhalskrebs	213
2	C16	Magenkrebs	90
3	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	74
4	C15	Speiseröhrenkrebs	66
5	C14	Krebs an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Bereichen der Lippe, der Mundhöhle bzw. des Rachens	54
6	C10	Krebs im Bereich des Mundrachens	43
7	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	35
8	C09	Krebs der Gaumenmandel	23
9	C32	Kehlkopfkrebs	19



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
10	C51	Krebs der äußeren weiblichen Geschlechtsorgane	18
11	C21	Dickdarmkrebs im Bereich des Afters bzw. des Darmausgangs	14
12	C44	Sonstiger Hautkrebs	13
13	C71	Gehirnkrebs	13
14	C11	Krebs im Bereich des Nasenrachens	12
15	C01	Krebs des Zungengrundes	11
16	C04	Mundbodenkrebs	11
17	C20	Dickdarmkrebs im Bereich des Mastdarms – Rektumkrebs	10
18	C02	Sonstiger Zungenkrebs	9
19	C07	Ohrspeicheldrüsenkrebs	9
20	C78	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in Atmungs- bzw. Verdauungsorganen	9
21	C31	Krebs der Nasennebenhöhlen	8
22	C54	Gebärmutterkrebs	8
23	C05	Gaumenkrebs	7
24	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	7
25	C30	Krebs der Nasenhöhle bzw. des Mittelohres	5

B-22.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	8-522	Strahlenbehandlung mit hochenergetischer Strahlung bei Krebserkrankung – Hochvoltstrahlentherapie	6.662
2	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	451
3	8-529	Planung der Strahlenbehandlung für die Bestrahlung durch die Haut bzw. die örtliche Bestrahlung	248
4	8-52e	Eine oder mehrere simultan-integrierte Boost-Bestrahlungen [SIB]	168
5	8-528	Überprüfen der Einstellungen vor dem Beginn einer Strahlenbehandlung	148
6	9-984	Pflegebedürftigkeit	129
7	8-523*	Sonstige Form der hochenergetischen Strahlenbehandlung, z.B. mittels Telekobaltgeräten und Linearbeschleunigern	114
8	8-524	Strahlenbehandlung mit Einbringen der umhüllten radioaktiven Substanz in den Bereich des erkrankten Gewebes in Körperhöhlen oder der Körperoberfläche	109
9	8-543	Mehrtägige Krebsbehandlung (bspw. 2-4 Tage) mit zwei oder mehr Medikamenten zur Chemotherapie, die über die Vene verabreicht werden	101
10	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	59

* = 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

Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung 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
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	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
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 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
Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinalen 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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-22 Klinik und Poliklinik für Radioonkologie, Cyberknife- und Strahlentherapie

Anlage Nr.	Angebotene spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren
Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven

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			17,76	46,34
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	17,76		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,61		
	- ambulant	12,15		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,29	130,84
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,29		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,99		
	- ambulant	4,30		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ58	Strahlentherapie
	6 Fachärztinnen/-ärzte für Strahlentherapie



B-22.11.2

Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		10,84	75,92
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	10,84 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	10,84 –		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		1,00	823,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,00 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,00 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		3,24	254,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	3,24 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	3,24 –		

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 Pflegemanagement
PQ21	Casemanagement
PQ02	Diplom 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
ZP16	Wundmanagement Wundexpertinnen/Wundexperten



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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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	1.796
Teilstationäre Fallzahl	737
Anzahl Betten	56

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	321
2	C43	Schwarzer Hautkrebs – Malignes Melanom	274
3	M34	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift, mit Verhärtungen an Haut oder Organen – Systemische Sklerose	122
4	Z01	Sonstige spezielle Untersuchung bzw. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder festgestellter Krankheit	114
5	B02	Gürtelrose – Herpes zoster	106
6	L12	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe – Pemphigoidkrankheit	63
7	A46	Wundrose – Erysipel	56
8	L40	Schuppenflechte – Psoriasis	53
9	L30	Sonstige Hautentzündung	41
10	L20	Milchschorf bzw. Neurodermitis	40
11	Z51	Sonstige medizinische Behandlung	30
12	L27	Hautentzündung durch Substanzen, die über den Mund, den Darm oder andere Zufuhr aufgenommen wurden	28
13	M35	Sonstige entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem vor allem das Bindegewebe angreift	28
14	L10	Blasenbildende Krankheit mit überschießender Reaktion des Immunsystems gegen körpereigenes Gewebe – Pemphiguskrankheit	27
15	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	23
16	M33	Entzündliche Krankheit, bei der das Immunsystem Muskulatur und Haut angreift – Dermatomyositis-Polymyositis	23
17	D03	Örtlich begrenzter schwarzer Hautkrebs – Melanoma in situ	20
18	B86	Krätze – Skabies	19
19	L88	Geschwürbildung und Absterben der Haut	19
20	C69	Krebs am Auge bzw. an zugehörigen Strukturen wie Lidern oder Augenmuskeln	18
21	I83	Krampfader der Beine	16
22	B00	Infektionskrankheit, ausgelöst durch Herpesviren	15
23	I87	Sonstige Venenkrankheit	14



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	L23	Hautentzündung durch allergische Reaktionen auf Kontaktstoffe	14
25	D69	Kleine Hautblutungen bzw. sonstige Formen einer Blutungsneigung	13
26	L03	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe – Phlegmone	13
27	L28	Lang anhaltende (chronische) juckende Krankheit mit lederartigen Hautveränderungen bzw. sonstige stark juckende Hautkrankheit	13
28	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	13
29	L08	Sonstige örtlich begrenzte Entzündung der Haut bzw. Unterhaut	11
30	T78	Unerwünschte Nebenwirkung	11

B-23.7

Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	1.047
2	9-984	Pflegebedürftigkeit	407
3	1-490	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Haut bzw. Unterhaut ohne operativen Einschnitt	403
4	5-983	Erneute Operation	354
5	1-700	Untersuchung einer Allergie durch eine gezielte Auslösung einer allergischen Reaktion	328
6	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	302
7	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	275
8	8-560	Anwendung von natürlichem oder künstlichem Licht zu Heilzwecken – Lichttherapie	230
9	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	224
10	5-401	Operative Entfernung einzelner Lymphknoten bzw. Lymphgefäße	189
11	8-971	Fachübergreifende Behandlung einer Hautkrankheit	183
12	1-992	Untersuchung des Erbgutes auf Veränderungen (Mutationen) bei Krebs	169
13	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	82
14	5-919	Operative Versorgung von mehreren Tumoren an einer Hautregion während einer einzigen Operation	80
15	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	76
16	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	71
17	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	55
18	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	50
19	5-181	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres	48
20	5-913	Entfernung oberflächlicher Hautschichten	46
21	1-415	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus der Gesichtshaut ohne operativen Einschnitt	38



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
22	1-204	Untersuchung der Hirnwasserräume	34
23	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	33
24	3-760	Sondenmessung im Rahmen der Entfernung eines bestimmten Lymphknotens bei Tumorkrankheiten, z.B. bei Brustdrüsenkrebs	31
25	5-212	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Nase	30
26	8-030	Bestimmtes Verfahren im Rahmen der Behandlung einer Allergie z.B. Hypo-sensibilisierung	30
27	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	25
28	8-542	Ein- oder mehrtägige Krebsbehandlung mit Chemotherapie in die Vene bzw. unter die Haut	25
29	6-006	Applikation von Medikamenten, Liste 6	20
30	6-008	Applikation von Medikamenten, Liste 8	20

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Nr.	Angebotene Leistung
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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Nr.	Angebotene Leistung
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



Psoriasisprechstunde

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

Nr.	Angebotene Leistung
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten

STD-Ambulanz/Spezialambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

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

Tumorambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

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

Nr.	Angebotene Leistung
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
Anlage Nr.	Angebotene Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

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	5-852	Entfernen von Teilen von Muskeln, Sehnen oder deren Bindegewebshüllen	< 4
2	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			21,63	83,03
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	21,63		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,38		
	- ambulant	11,25		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			3,47	517,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,47		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,67		
	- ambulant	1,80		

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
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
ZF06	Dermatohistologie
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie
ZF30	Palliativmedizin
ZF31	Phlebologie

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	46,38	38,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	46,38		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	43,98		
	- ambulant	2,40		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-23 Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		2,26	794,69
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,26 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,26 -		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		0,79	2.273,42
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,79 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,68 0,11		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		4,94	363,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,94 -		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,94 -		

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 Klinische Pflege
PQ21	Casemanagement
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege
PQ08	Pflege im Operationsdienst
PQ07	Pflege in der Onkologie
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement Wundexpertinnen/Wundexperten



B-24

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller



Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christian Linz

B-24.1

Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
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 (bis 31.03.2023)	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller
Klinikdirektor (seit 01.04.2023)	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Christian Linz
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, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie 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 Volutomographen zur optimalen Diagnostik. Des Weiteren finden bei sehr komplexen Verletzungen navigations-gestützte bzw. computer-assistierte Verfahren Anwendung.

Tumorchirurgie/Rekonstruktive Chirurgie

Hier findet eine sehr enge Kooperation mit den Kollegen der Klinik für Strahlentherapie statt. Zum chirurgischen Behandlungsspektrum zählen moderne computer-assistierte Verfahren sowie sämtliche mikrovaskuläre/mikrochirurgische Rekonstruktionstechniken.

Kraniofaziale Chirurgie/angeborene Fehlbildungen

Dieser Bereich zählt zu den wesentlichen Bestandteilen unserer Klinik, die Sprechstunde wird durch Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Joachim E. Zöller geleitet. Es besteht eine enge Kooperation mit der Neurochirurgie. Pro Jahr werden über 60 kraniofaziale Eingriffe durch den ärztlichen Direktor, Prof. Zöller, durchgeführt.

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Dysgnathiebehandlung

Die Sprechstunde findet gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Kieferorthopädie statt. Des Weiteren bieten wir den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im kieferorthopädischen Arbeitskreis die Möglichkeit die Fälle regelmäßig mit uns zu diskutieren. Besonderes Kennzeichen unserer Klinik ist die Anwendung von computer-assistierten Verfahren, der dreidimensionalen Darstellung und von uns entwickelten dreidimensionalen chirurgischen Operationssplinten.

Plastische Gesichtschirurgie

Unsere Operateure besitzen eine jahrelange Erfahrung im Bereich der ästhetischen Chirurgie. Gesichtsstraffungen, Nasenchirurgie und Lidkorrekturen gehören zum Behandlungsspektrum der Klinik. Die MKG-Oberärztinnen/-ärzte und der ärztliche Direktor besitzen die Zusatzbezeichnung „Ästhetische und plastische Operationen“.



Interdisziplinäre Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie

Die Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie zeichnet sich durch strukturierte Fortbildungsveranstaltungen, ärztliche Weiterbildungen und Forschung aus. Ein wesentlicher Bestandteil ist die klinische Erprobung des Digitalen Volumentomographen und die gezielte Anwendung im Bereich der dentoalveolären Diagnostik und Implantologie. Klinisch bieten wir unseren Patienten ein Gesamtkonzept im Hinblick auf die Schaffung eines suffizienten Knochenangebotes/-lagers durch Distraction oder Beckenkammtransplantation für die anschließende dentale Implantation an.

Diagnostik

Die Abteilung besitzt folgende Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik:

DVT, OPG, Zahnfilm, Schädelaufnahmen, Sonographie

B-24.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-24.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

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

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Unfall- und Wiederherstellungschirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen

Neurochirurgie

VC50	Chirurgie der peripheren Nerven
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO

Mund/Hals

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle

Nase

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie

Ohr

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres

Onkologie

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

Rekonstruktive Chirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

Ultraschalluntersuchungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie
VR02	Native Sonographie



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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 Alveolarkamm distraction, Beckenkammtransplantation
VX00	Rekonstruktive Chirurgie
	Mikrovaskuläre Chirurgie, Freie Gewebslappen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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	1.358
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	337
2	K10	Sonstige Krankheit des Oberkiefers bzw. des Unterkiefers	134
3	K08	Sonstige Krankheit der Zähne bzw. des Zahnhalteapparates	119
4	K12	Entzündung der Mundschleimhaut bzw. verwandte Krankheit	117
5	K07	Veränderung der Kiefergröße bzw. der Zahnstellung einschließlich Fehlbiss	98
6	T81	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen	47
7	C44	Sonstiger Hautkrebs	44
8	C03	Zahnfleischkrebs	28
9	C06	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile des Mundes	23
10	D16	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels	20
11	K04	Krankheit des Zahnmarks bzw. des Gewebes um die Zahnwurzel	20
12	K09	Meist flüssigkeitsgefüllte Hohlräume (Zysten) der Mundregion	20
13	C04	Mundbodenkrebs	14
14	Q37	Gaumenspalte mit Lippenspalte	14
15	J32	Anhaltende (chronische) Nasennebenhöhlenentzündung	13
16	K11	Krankheit der Speicheldrüsen	12
17	C02	Sonstiger Zungenkrebs	11
18	C05	Gaumenkrebs	11
19	C49	Krebs sonstigen Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel	11
20	L90	Hautkrankheit mit Gewebsschwund	7



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
21	S01	Offene Wunde des Kopfes	7
22	T84	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken	7
23	C00	Lippenkrebs	6
24	K13	Sonstige Krankheit der Lippe bzw. der Mundschleimhaut	6
25	M86	Knochenmarksentzündung, meist mit Knochenentzündung – Osteomyelitis	6
26	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	5
27	D18	Gutartige Veränderung der Blutgefäße (Blutschwamm) bzw. Lymphgefäße (Lymphschwamm)	5
28	D37	Tumor der Mundhöhle bzw. der Verdauungsorgane ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	5
29	J34	Sonstige Krankheit der Nase bzw. der Nasennebenhöhlen	5
30	L89	Druckgeschwür (Dekubitus) und Druckzone	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	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	454
2	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nervs oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	423
3	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	324
4	5-230	Zahntentfernung	296
5	5-231	Operative Zahntentfernung durch Eröffnung des Kieferknochens	248
6	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	232
7	9-984	Pflegebedürftigkeit	214



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
8	5-760	Operatives Einrichten (Reposition) eines Knochenbruchs des seitlichen Mittelgesichtes, insbesondere von Jochbein bzw. seitlicher Augenhöhlenwand	197
9	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	193
10	5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	189
11	5-311	Anlegen eines vorübergehenden, künstlichen Luftröhrenausganges	171
12	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	164
13	5-766	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs der Augenhöhle	157
14	5-764	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des vorderen Unterkiefers	154
15	5-270	Äußerer operativer Einschnitt und Einlage eines Wundröhrchens zur Flüssigkeitsableitung im Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich	143
16	5-166	Operativer Eingriff bzw. wiederherstellende Operation an der Augenhöhle oder des Augapfels	135
17	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	129
18	5-858	Entnahme bzw. Verpflanzung von Muskeln, Sehnen oder ihren Hüllen mit operativer Vereinigung kleinster Gefäße	122
19	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	119
20	5-901	Hautverpflanzung[, Entnahmestelle und Art des entnommenen Hautstücks]	104
21	8-190	Spezielle Verbandstechnik	103
22	5-850	Operativer Einschnitt an Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen	98
23	5-894	Operative Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut bzw. Unterhaut	94
24	5-160	Operative Eröffnung der Augenhöhle	92
25	5-983	Erneute Operation	90
26	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	89
27	5-765	Operatives Einrichten (Reposition) eines Bruchs im Bereich des hinteren Unterkiefers	87
28	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	87
29	5-900	Einfacher operativer Verschluss der Haut bzw. der Unterhaut nach Verletzungen, z.B. mit einer Naht	77
30	5-225	Operative Korrektur der Nasennebenhöhlen	74

Oben genannte Tabelle fasst die therapeutischen Eingriffe zusammen. Die Abteilung deckt das komplette Feld der Mund-Kiefer und Gesichtschirurgie, zahnärztlichen Chirurgie, Implantologie, kraniofazialen und plastischen Gesichtschirurgie ab. Des Weiteren versorgen wir das Krankenhaus in Merheim konsiliarisch mit. Die Einteilung, bzw. Auflistung der Diagnosen in Gruppen wurde uns vorgegeben und ist für den/die Leser/in und Kliniker/innen leider etwas verwirrend. Entsprechend möchten wir die Gelegenheit nutzen, um Ihnen ein objektivierbares Bild zu geben.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

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	170
2	5-779	Sonstige Operation an Kiefergelenk bzw. Gesichtsschädelknochen	101
3	5-056	Operation zur Lösung von Verwachsungen um einen Nerv bzw. zur Druckentlastung des Nerven oder zur Aufhebung der Nervenfunktion	90
4	5-241	Operative Korrektur des Zahnfleisches	60
5	5-273	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe in der Mundhöhle	37
6	5-770	Operative Durchtrennung, Entfernung oder Zerstörung (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens	23
7	5-243	Operative Entfernung von krankhaft verändertem Kieferknochen infolge einer Zahnkrankheit	10
8	5-245	Zahnfreilegung	9
9	5-276	Operative Korrektur einer (angeborenen) Lippenspalte bzw. Lippen-Kieferspalte	8
10	5-902	Freie Hautverpflanzung[, Empfängerstelle und Art des Transplantats]	7
11	5-903	Hautverpflanzung aus dem der Wunde benachbarten Hautareal	7
12	5-237	Zahnwurzelspitzenentfernung bzw. Zahnwurzelkanalbehandlung	5
13	5-259	Sonstige Operation an der Zunge	4
14	5-783	Operative Entnahme von Knochengewebe zu Verpflanzungszwecken	4
15	1-502	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus Muskeln bzw. Weichteilen durch operativen Einschnitt	< 4
16	5-041	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe von Nerven	< 4
17	5-091	Operative Entfernung oder Zerstörung von (erkranktem) Gewebe des Augenlides	< 4
18	5-092	Operation an Augenwinkel bzw. Lidfalte	< 4
19	5-097	Lidstraffung	< 4
20	5-216	Operatives Einrichten (Reposition) eines Nasenbruchs	< 4
21	5-217	Operative Korrektur der äußeren Nase	< 4
22	5-221	Operation an der Kieferhöhle	< 4
23	5-235	Wiedereinsetzen, Verpflanzung, Einpflanzung bzw. Stabilisierung eines Zahnes	< 4
24	5-242	Andere Operation am Zahnfleisch	< 4
25	5-244	Operative Korrektur des Kieferkammes bzw. des Mundvorhofes	< 4
26	5-250	Operativer Einschnitt, Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe der Zunge	< 4
27	5-260	Operativer Einschnitt bzw. Eröffnen einer Speicheldrüse oder eines Speicheldrüsenausführungsganges, z.B. zur Entfernung eines Speichelsteines	< 4
28	5-431	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung	< 4
29	5-769	Sonstige Operation bei Gesichtsschädelbrüchen	< 4
30	5-849	Sonstige Operation an der Hand	< 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			13,41	101,27
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	13,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	8,02		
	- ambulant	5,39		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			9,41	144,31
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,63		
	- ambulant	3,78		

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie

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		22,91	59,28
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	22,91 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	15,93 6,98		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		2,25	603,56
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,25 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,25 –		
Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten	3 Jahre		4,97	273,24
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	4,97 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	4,01 0,96		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,85	734,05
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,85 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,85 –		

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



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-24 Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Poliklinik für Orale Chirurgie
und Implantologie, Plastische, rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse
PQ06	Master Pflegewissenschaften
PQ08	Pflege im Operationsdienst
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	226
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	32

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	I71	Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader	17
2	S06	Verletzung des Schädelinneren	11
3	C15	Speiseröhrenkrebs	8
4	M46	Sonstige Entzündung der Wirbelsäule	8
5	S72	Knochenbruch des Oberschenkels	8
6	T82	Komplikationen durch eingepflanzte Fremdteile wie Herzklappen oder Herzschrittmacher oder durch Verpflanzung von Gewebe im Herzen bzw. in den Blutgefäßen	8
7	S32	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule bzw. des Beckens	6
8	I72	Sonstige Aussackung (Aneurysma) bzw. Aufspaltung der Wandschichten eines Blutgefäßes oder einer Herzkammer	5



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
9	S12	Knochenbruch im Bereich des Halses	5
10	A41	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)	4
11	C16	Magenkrebs	4
12	K65	Bauchfellentzündung – Peritonitis	4
13	A46	Wundrose – Erysipel	< 4
14	C03	Zahnfleischkrebs	< 4
15	C13	Krebs im Bereich des unteren Rachens	< 4
16	C18	Dickdarmkrebs im Bereich des Grimmdarms (Kolon)	< 4
17	C22	Krebs der Leber bzw. der in der Leber verlaufenden Gallengänge	< 4
18	C24	Krebs sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege	< 4
19	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	< 4
20	C32	Kehlkopfkrebs	< 4
21	C41	Krebs des Knochens bzw. der Gelenkknorpel sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter Körperregionen	< 4
22	C50	Brustkrebs	< 4
23	C61	Prostatakrebs	< 4
24	C67	Harnblasenkrebs	< 4
25	C79	Absiedlung (Metastase) einer Krebserkrankung in sonstigen oder nicht näher bezeichneten Körperregionen	< 4
26	C90	Knochenmarkkrebs, der auch außerhalb des Knochenmarks auftreten kann, ausgehend von bestimmten Blutkörperchen (Plasmazellen)	< 4
27	D20	Gutartiger Tumor des Weichteilgewebes des Bauchfells (Peritoneum) bzw. des dahinter liegenden Gewebes (Retroperitoneum)	< 4
28	D35	Gutartiger Tumor sonstiger bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneter hormonproduzierender Drüsen	< 4
29	D38	Tumor des Mittelohres, der Atmungsorgane bzw. von Organen im Brustkorb ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig	< 4
30	D73	Krankheit der Milz	< 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	2.961
2	8-919	Umfassende Schmerzbehandlung bei akuten Schmerzen	1.314
3	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.238
4	8-910	Regionale Schmerzbehandlung durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)	1.212
5	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)	1.186
6	8-701	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung – Intubation	1.138



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
7	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	602
8	8-630	Medizinische Behandlung mit Auslösung eines Krampfanfalles zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen – Elektrokrampftherapie	512
9	8-931	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)	460
10	8-706	Anlegen einer Gesichts-, Nasen- oder Kehlkopfmaske zur künstlichen Beatmung	313
11	8-144	Einbringen eines Röhrchens oder Schlauchs in den Raum zwischen Lunge und Rippe zur Ableitung von Flüssigkeit (Drainage)	253
12	8-812	Übertragung (Transfusion) von anderen Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	218
13	5-916	Vorübergehende Abdeckung von Weichteilverletzungen durch Haut bzw. Hautersatz	199
14	8-902	Narkose mit Gabe des Narkosemittels zuerst über die Vene, dann über die Atemwege	199
15	8-711	Künstliche Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen	190
16	8-810	Übertragung (Transfusion) von Blutflüssigkeit bzw. von Anteilen der Blutflüssigkeit oder von gentechnisch hergestellten Bluteiweißen	151
17	8-915	Schmerzbehandlung mit Einführen eines flüssigen Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb von Gehirn und Rückenmark	126
18	1-100	Klinische Untersuchung in Vollnarkose	121
19	6-002	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs	111
20	8-917	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule	102
21	9-984	Pflegebedürftigkeit	94
22	8-713	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen	93
23	9-320	Behandlung körperlich oder funktionell bedingter Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme bzw. des Schluckens	80
24	8-771	Herz bzw. Herz-Lungen-Wiederbelebung	78
25	8-98d	Behandlung auf der Intensivstation im Kindesalter (Basisprozedur)	77
26	8-547	Sonstiges therapeutisches Verfahren zur Beeinflussung des Immunsystems	74
27	8-901	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Atemwege	56
28	8-914	Schmerzbehandlung mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an eine Nervenwurzel bzw. an einen wirbelsäulennahen Nerven	50
29	8-98g	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multi-resistenten isolationspflichtigen Erregern	45
30	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	44



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			131,61	1,72
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	131,61		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	120,37		
	- ambulant	11,24		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			80,80	2,80
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	80,80		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	75,18		
	- ambulant	5,62		

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
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		156,14	1,45
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	154,40		
	- indirekt	1,74		
Versorgungsbereich	- stationär	150,70		
	- ambulant	5,44		



Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		2,88	78,47
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,88 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,87 0,01		
Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	7 bis 8 Semester		2,08	108,65
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,08 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,15 0,93		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		2,21	102,26
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	2,21 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	2,21 –		

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
PQ21	Casemanagement
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 Pain Nurse
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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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	326
Teilstationäre Fallzahl	0
Anzahl Betten	14

Weitere Fallzahlen 2022

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV):	702 Fälle
Palliativmedizinischer Konsildienst:	754 Patienten 824 Fälle
MVZ insgesamt:	498 Patientenkontakte 426 Fälle
Hospizdienst: Anzahl durch Förderung nach § 139a SGB V finanzierter ehrenamtlicher Sterbebegleitungen	67

B-26.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	R52	Schmerz	146
2	R06	Atemstörung	84
3	R11	Übelkeit bzw. Erbrechen	20
4	F05	Verwirrheitszustand, nicht durch Alkohol oder andere bewusstseinsverändernde Substanzen bedingt	16
5	R40	Unnatürliche Schläfrigkeit, Dämmerungszustand bzw. Bewusstlosigkeit	7
6	R51	Kopfschmerz	7
7	R53	Unwohlsein bzw. Ermüdung	7
8	G93	Sonstige Krankheit des Gehirns	5
9	B37	Infektionskrankheit der Haut bzw. Schleimhäute, ausgelöst durch Kandida-Pilze	< 4
10	C34	Bronchialkrebs bzw. Lungenkrebs	< 4
11	D62	Akute Blutarmut aufgrund einer Blutung	< 4
12	D68	Sonstige Störung der Blutgerinnung	< 4
13	E87	Sonstige Störung des Wasser- und Salzhaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	< 4
14	F22	Psychische Störung, bei der dauerhafte falsche Überzeugungen bzw. Wahnvorstellungen auftreten	< 4
15	G12	Rückbildung von Muskeln (Muskelatrophie) durch Ausfall zugehöriger Nerven bzw. verwandte Störung	< 4
16	G40	Anfallsleiden – Epilepsie	< 4
17	G47	Schlafstörung	< 4
18	M54	Rückenschmerzen	< 4
19	M79	Sonstige Krankheit des Weichteilgewebes	< 4
20	R10	Bauch- bzw. Beckenschmerzen	< 4
21	R13	Schluckstörungen	< 4
22	R26	Störung des Ganges bzw. der Beweglichkeit	< 4
23	R33	Unvermögen, trotz Harndrang und voller Blase Urin zu lassen	< 4



Rang	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
24	R41	Sonstige Beschwerden, die das Erkennungsvermögen bzw. das Bewusstsein betreffen	< 4
25	R45	Beschwerden, die die Stimmung betreffen	< 4
26	R48	Unvermögen zu lesen bzw. sonstiger Ausfall bestimmter Hirnfunktionen (Werkzeugstörung)	< 4
27	R63	Beschwerden, die die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme betreffen	< 4
28	R68	Sonstige Allgemeinbeschwerden	< 4
29	S01	Offene Wunde des Kopfes	< 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	2.095
2	8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst	754
3	9-984	Pflegebedürftigkeit	123
4	8-982	Fachübergreifende Sterbebegleitung	11
5	8-98e*	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	5

* = Palliativmedizinische Leistungen auf der Palliativstation: Der OPS-Code 8-98e 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			9,04	36,06
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,04		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,52		
	- ambulant	6,52		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,18	52,75
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,18		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,72		
	- 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
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
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		29,62	11,01
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	29,62 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	29,19 0,43		
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,64	198,78
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,64 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,64 –		
Altenpflegerinnen und Altenpfleger	3 Jahre		0,08	4.075,00
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	0,08 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	0,08 –		
Medizinische Fachangestellte	3 Jahre		1,89	172,49
Beschäftigungsverhältnis	- direkt - indirekt	1,89 –		
Versorgungsbereich	- stationär - ambulant	1,89 –		

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 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 Onkologische Pflegefachkraft
PQ20	Praxisanleitung

Pflegerische Fachexpertisen – Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP01	Basale Stimulation



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-26 Zentrum für Palliativmedizin

Nr.	Zusatzqualifikationen
ZP03	Diabetes
ZP08	Kinästhetik
ZP20	Palliative Care
ZP14	Schmerzmanagement
ZP16	Wundmanagement
	Wundexpertinnen/Wundexperten



B-27 **Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie**



Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz

B-27.1 **Name der Fachabteilung und Kontaktdaten**

Name	Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	radiologie.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Radiologie (3751) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektor	Univ.-Prof. Dr. med. David Maintz
Telefon	0221 478-82035
Telefax	0221 478-82384
E-Mail	david.maintz@uk-koeln.de



Kurzportrait

Das Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie ist für die bildgebende Diagnostik und radiologisch-interventionelle Versorgung aller stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten der Uniklinik Köln verantwortlich. Wegen der dezentralen Klinikstruktur finden sich Funktionsbereiche im EG und 1. UG des DTZ, in der Notfallaufnahme, der Neurologie, der Kinderklinik, der Orthopädie und der MR-Tomographie. In Kooperation mit dem RZK und dem MVZ Radiologie wird im Herzzentrum ein Dual-Source-CT betrieben.

Das Radiologische Institut bietet den pädiatrischen und erwachsenen Patientinnen und Patienten des Klinikums im ambulanten und stationären Versorgungsbereich eine optimale, modernen Qualitätsansprüchen genügende Diagnostik und bildgestützte Therapie praktisch aller Erkrankungen. Hervorzuheben sind die Mammadiagnostik (Röntgen-Mammographien, MR-Mammographien, Mamma-Sonographie, Röntgenstereotaktische und MR-gesteuerte Biopsie-Entnahmen der Brust), die Herz- und Gefäßdiagnostik (CT-Koronarangiographie, MRT des Herzens, farbkodierte Duplex-Sonographie, CT-Angiographie und MR-Angiographie), die allgemeine- sowie die neuroradiologisch-interventionelle Behandlung von Gefäßerkrankungen mittels perkutaner transluminaler Gefäßrekanalisationen, Stentimplantationen, Behandlung von intrakraniellen Aneurysmen sowie der endovaskulären Schlaganfallbehandlung, ferner die Diagnostik und minimal-invasive Therapie von Tumoren durch Chemo-perfusion, Chemoembolisation, Radiofrequenzablationen und MR-gesteuerten Gewebeablationen mittels hochenergetischen fokussierten Ultraschallwellen (HIFU-Therapien). Hierzu stehen unter anderem eine digitale Flachdetektor-Mammographie-Anlage, ein Mammotom, ein Spektral-Detektor bzw. Dual-Source CT, zwei modernste CT-Anlagen mit 256-Detektorzeilen, eine CT-Anlage mit 64 Detektorrängen, vier modernste 3,0 Tesla MR-Tomographien (inklusive Möglichkeit für HIFU-Anwendungen), drei 1,5 Tesla MR-Tomographen, sechs digitale Röntgenanlagen, ein DEXA-Gerät, eine Durchleuchtungsanlage, eine hauptsächlich für neuroradiologische Interventionen genutzte 2-Ebenen-Angiographie-Anlage und zwei für allgemeinradiologische Interventionen ausgelegte 1-Ebenen-Angiographie-Anlagen zur Verfügung. Die genannten Systeme sind mit allen gerätetechnischen Optionen für die diagnostische und interventionell-radiologische Krankenversorgung sowie für die Forschung auf höchstem universitären Niveau ausgestattet.

Die Abläufe werden durch die informationstechnologische Infrastruktur (modernes elektronisches Krankenhaus- und Radiologie-Informationssystem, neues elektronisches Bildarchivierungs- und Kommunikationssystem für das Gesamtklinikum) und durch die stetige Optimierung und Weiterentwicklung von Standard Operation Procedures (SOPs) für häufige diagnostische und minimal-invasive interventionelle Maßnahmen bestimmt.

Die Forschungsschwerpunkte des Radiologischen Instituts liegen im kardiovaskulären, im onkologischen, im muskuloskelettalen und im neurowissenschaftlichen Bereich. Seit 2011 werden routinemäßig mechanische Thrombektomien beim ischämischen Schlaganfall und endovaskuläre Aneurysmabehandlungen durchgeführt.

Hierbei kommen innovative Verfahren wie endoluminale und intraaneurysmatische Flussteiler zur Anwendung. Seit vielen Jahren gehört die Computertomographie des Herzens zu einem der wissenschaftlichen Themenschwerpunkte des Radiologischen Institutes. Die kardiale MR-Tomographie ist klinisch inzwischen etabliert, wissenschaftlich werden neue Sequenztechniken evaluiert. Seit 2020 wurden die experimentelle und interventionelle Bildgebung, speziell die Forschung an neuen Applikationen von HIFU, insbesondere für die Tumorthherapie, sowie Data Science, Machine



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

Seit 2012 werden mit der Berufung von Herrn Univ.-Prof. Dr. D. Maintz als Institutsdirektor neue Methoden der minimal-invasiven bildgesteuerten interventionellen Tumorthherapie kontinuierlich u. a. in Kooperation mit der Klinik für Orthopädie (MRT-gesteuerte HIFU-Ablationen von ossären Tumoren), der Universitätsfrauenklinik (MRT-gesteuerte HIFU-Ablationen von Uterusmyomen), der Klinik für Nuklearmedizin (SIRT-Therapie) und der interventionellen angiographisch-gesteuerten Schlaganfalltherapie und der interventionellen Therapie von vaskulären Fehlbildungen eingeführt und wissenschaftlich untersucht.

Auf dem senologischen Sektor werden der diagnostische Stellenwert modernster röntgenmammographischer Aufnahme-Systeme und MR-mammographisch gesteuerter Mamma-Interventionen in interdisziplinärer Kooperation mit dem Allgemeinen und dem Familiären Brustzentrum sowie mit externen Partnern bearbeitet. Weitere Forschungsschwerpunkte betreffen den Einsatz des Spiral- und des Mehrzeilen-Detektor-Akquisitionsmodus bei Polytraumen, die Möglichkeit der Dosisreduktion bei kinderradiologischen Fragestellungen, aber auch bei Erwachsenen, die digitale Radiographie in unterschiedlichen Organbereichen, sowie die Untersuchung neuer Interventionstechniken zur lokalen minimalinvasiven Tumorthherapie.

Zusammenfassend wird durch die Synergie einer modernen, alle derzeit möglichen Fragestellungen abdeckenden Gerätetechnologie, einer komplex strukturierten elektronischen Informationstechnologie, der stetigen Verbesserung der Untersuchungs- und Interventionstechniken basierend auf den Kriterien der Evidence Based Medicine und der wissenschaftlichen Studien und Forschungsarbeiten von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Radiologischen Institutes eine medizinisch effektive, diagnostische und interventionell-radiologische Versorgung der Patientinnen und Patienten des Klinikums gewährleistet.

B-27.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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

B-27.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen

Allgemeine Radiologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR43	Neuroradiologie
VR40	Spezialsprechstunde



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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
VR06	Endosonographie
VR02	Native Sonographie
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel



Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren

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

B-27.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

B-27.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-27.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

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

B-27.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
1	3-200	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel	4.732
2	3-225	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel	4.640
3	3-222	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel	4.440
4	3-221	Computertomographie (CT) des Halses mit Kontrastmittel	2.891
5	3-220	Computertomographie (CT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.870
6	3-820	Kernspintomographie (MRT) des Schädels mit Kontrastmittel	2.658
7	3-202	Computertomographie (CT) des Brustkorbes ohne Kontrastmittel	2.331
8	3-800	Kernspintomographie (MRT) des Schädels ohne Kontrastmittel	2.131
9	3-035	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie des Gefäßsystems mit quantitativer Auswertung	2.095
10	8-83b	Zusatzinformationen zu Materialien	2.043
11	3-036	Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie bei Weichteiltumoren mit quantitativer Vermessung	1.875
12	3-801	Kernspintomographie (MRT) des Halses ohne Kontrastmittel	1.502
13	8-900	Narkose mit Gabe des Narkosemittels über die Vene	1.183
14	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	1.175
15	3-841	Kernspintomographie (MRT) des Wirbelkanals mit Kontrastmittel	716
16	3-611	Röntgendarstellung der Venen in Hals und Brustkorb mit Kontrastmittel	599
17	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	597



Rang	OPS	Bezeichnung	Anzahl
18	3-823	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel	596
19	3-13d	Röntgendarstellung der Niere und Harnwege mit Kontrastmittel	484
20	3-821	Kernspintomographie (MRT) des Halses mit Kontrastmittel	467
21	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	442
22	3-825	Kernspintomographie (MRT) des Bauchraumes mit Kontrastmittel	439
23	3-205	Computertomographie (CT) des Muskel-Skelett-Systems ohne Kontrastmittel	438
24	3-13f	Röntgendarstellung der Harnblase mit Kontrastmittel	418
25	3-802	Kernspintomographie (MRT) von Wirbelsäule und Rückenmark ohne Kontrastmittel	409
26	8-831	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist	406
27	3-60x	Sonstige Röntgendarstellung von Schlagadern mit Kontrastmittel	351
28	3-226	Computertomographie (CT) des Beckens mit Kontrastmittel	345
29	3-228	Computertomographie (CT) der Blutgefäße außer der großen, herznahen Schlagadern und Venen mit Kontrastmittel	342
30	3-207	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel	340

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.	Angebote Leistung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen
VR15	Arteriographie
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Doppelsonographie
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR17	Lymphographie
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR02	Native Sonographie
VR43	Neuroradiologie
VR16	Phlebographie
VR07	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren
VR06	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel
VR40	Spezialsprechstunde
VR44	Teleradiologie
VR47	Tumorembolisation
Anlage Nr.	Angebote Leistung nach § 116b SGB V
Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)

Privatambulanz der Radiologie

Privatambulanz

Nr.	Angebote Leistung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-27 Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

Nr.	Angebotene Leistung
VR15	Arteriographie
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel
VR10	Computertomographie (CT), nativ
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren
VR04	Duplexsonographie
VR03	Eindimensionale Doppelsonographie
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen
VR41	Interventionelle Radiologie
VR42	Kinderradiologie
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)
VR17	Lymphographie
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren
VR02	Native Sonographie
VR43	Neuroradiologie
VR16	Phlebographie
VR07	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelfarben
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	396
2	3-603	Röntgendarstellung der Schlagadern im Brustkorb mit Kontrastmittel	103
3	3-600	Röntgendarstellung der Schlagadern im Schädel mit Kontrastmittel	4
4	3-601	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel	4
5	3-613	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel	4
6	3-607	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel	< 4
7	3-608	Röntgendarstellung kleiner Schlagadern mit Kontrastmittel	< 4
8	3-614	Röntgendarstellung der Venen einer Gliedmaße mit Kontrastmittel sowie Darstellung des Abflussbereiches	< 4
9	8-836	Behandlung an einem Gefäß mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)	< 4

B-27.10

Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-27.11 Personelle Ausstattung

B-27.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			47,41	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	47,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	18,44		
	- ambulant	28,97		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			27,06	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	27,06		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	10,52		
	- ambulant	16,54		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ54	Radiologie
AQ72	Radiologie, SP Kinder- und Jugendradiologie
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 (bis 18.07.2023)	Prof. Dr. med. Birgit Gathof
Telefon	0221 478-4869
Telefax	0221 478-87073
E-Mail	birgit.gathof@uk-koeln.de
Komm. Leitung (seit 19.07.2023)	Dr. med. Larissa Oustianskaia
Telefon	0221 478-39100
Telefax	0221 478-87073
E-Mail	larissa.oustianskaia@uk-koeln.de
Komm. Leitung (seit 19.07.2023)	Dr. med. Sara Reda
Telefon	0221 478-4658
Telefax	0221 478-87073
E-Mail	sara.reda1@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.

Forschungsschwerpunkt der Transfusionsmedizin ist die sicherere Herstellung und qualitätsgesicherte Anwendung von Blut- und Zellpräparationen, sowie der Einfluss der Hämotherapie und Blutspende auf metabolische und sonstige Parameter.

Die Transfusionsmedizin unterstützt verschiedenste Forschergruppen der Uniklinik Köln durch Kooperationen mit Laborleistungen und Bereitstellung von Restblut (-bestandteilen), die nicht für Patienten benötigt werden.

Besonderer Dank gilt den gesunden Menschen (Bevölkerung aus den umliegenden Stadtvierteln, Studenten, Patientenangehörige, Mitarbeiter des Klinikums), die mit ihren Spenden intensive Tumorthérapien, Blutstammzelltransplantationen oder große Operationen (z. B. mit der Herz-Lungenmaschine) erst sicher möglich machen.

B-28.2

Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

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



B-28.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie

Chirurgie/Viszeralchirurgie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen
VC25	Transplantationschirurgie
	Diagnostik

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VD20	Wundheilungsstörungen

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie
VG17	Reproduktionsmedizin

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen
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	5.501
2	8-805	Übertragung (Transfusion) von aus dem Blut eines Spenders gewonnenen Blutstammzellen	206
3	8-802	Übertragung (Transfusion) von weißen Blutkörperchen von einem Spender	64
4	8-803	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde – Transfusion von Eigenblut	34
5	8-801	Kompletter Ersatz des Blutes eines Empfängers durch Spenderblut – Austauschtransfusion	22

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			9,68	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	9,68		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	6,11		
	- ambulant	3,57		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,50	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,50		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,84		
	- ambulant	1,66		

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

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		4,52	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,52		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,52		
	- ambulant	–		



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
B-28 Transfusionsmedizin

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	3 Jahre		1,05	–
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		1,05		
- indirekt		–		
Versorgungsbereich				
- stationär		1,05		
- 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



B-29 Zentrum für Pharmakologie



Univ.-Prof. Dr. rer. nat. Dietmar Fischer

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

Prof. 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: Prof. 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, Immunsuppressiva

Weiterhin werden Anfragen zu Pharmaka- und Therapie-Problemen bearbeitet, die aus dem Bereich des Klinikums, aber auch von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten kommen. Des Weiteren kooperiert dieser Bereich mit verschiedenen Kliniken und Arbeitsgruppen.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- Interne und externe Qualitätskontrolle des Therapeutischen Drug Monitoring (TDM):
Basierend auf der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“, sowie Teilnahme seit 1976 an Ringversuchen
- Qualitätskontrolle bei Messungen außerhalb des TDM:
Validierung von Analysemethoden basierend auf den jeweils gültigen Richtlinien der Europäischen und der US-Amerikanischen Zulassungsbehörden EMA und FDA zu "bioanalytical method validation"
- Qualitätskontrolle bei der Durchführung von Klinischen Studien:
Richtlinien zur Good Clinical Practice (GCP)



- **Arzneimittelkommission:**
Die Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln wird gemeinsam vom Zentrum für Pharmakologie und der Krankenhausapotheke geführt.

B-29.4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

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

siehe Kapitel **A-7 Aspekte der Barrierefreiheit**

B-29.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-29.6 Hauptdiagnosen der stationären Fälle nach ICD

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

B-29.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

Leistungen der Pharmakologie können nicht mit OPS-Codes dargestellt werden.

B-29.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Es bestehen keine ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

B-29.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-29.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-29.11 Personelle Ausstattung

B-29.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			5,09	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	5,09		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	5,09		
	- ambulant	–		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			4,00	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,00		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,00		
	- ambulant	–		

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

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger		3 Jahre	1,43	–
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

Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen



B-30 Institut für Klinische Chemie



Prof. Dr. med. 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	Prof. 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 2022 wurden am Institut für Klinische Chemie 6.457.571 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			3,41	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,41		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,91		
	- ambulant	1,50		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			1,40	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,40		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,78		
	- ambulant	0,62		

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 478-6360
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 molekulopathologischen 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 Orgazentren der Universität und an Krankenhäusern in der Region des südlichen Nordrheinwestfalen betreut.

In der Abteilung für Molekulopathologische 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 molekulopathologischer 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 des Universitätsklinikums 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			16,88	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	16,88		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	11,62		
	- ambulant	5,26		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			6,91	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	6,91		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	4,76		
	- ambulant	2,15		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)

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

Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit: 42,00 Stunden pro Woche

Angabe zu Fällen pro VK entfällt bei nichtbettenführenden Fachabteilungen

Zusätzlich 7,00 VK Molekularbiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ23	Innere Medizin
AQ46	Pathologie
AQ13	Viszeralchirurgie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin



B-31.11.2 Pflegepersonal

Ausbildung	Ausbildungs- dauer	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger	3 Jahre		1,20	–
Beschäftigungsverhältnis				
- direkt		–		
- indirekt		1,20		
Versorgungsbereich				
- stationär		1,20		
- 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



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 des Universitätsklinikums 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			3,58	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	3,58		
	- ambulant	–		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte				1,58
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,58		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,58		
	- ambulant	–		

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 2022 wurden insgesamt 260.885 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.

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

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.	Angeborene Leistung
VX00	Reiseimpfsprechstunde

B-33.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-33.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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



B-33.11 Personelle Ausstattung

B-33.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			3,60	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	3,60		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,91		
	- ambulant	0,69		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,42	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,42		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,34		
	- ambulant	0,08		

Ohne Personalanteil für Forschung und Lehre (entsprechend der Vorgabe des G-BA)

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

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 2022 wurden insgesamt über 447.000 virologische Untersuchungen durchgeführt.

Die angebotenen Untersuchungsmethoden umfassen serologische, immunologische und molekularbiologische Analysen und erlauben eine präzise Diagnostik für ein weites Spektrum humanpathogener Viren.

Das Institut ist nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert und bietet seinen diagnostischen Routineservice von Montag bis Samstag und eine Notfalldiagnostik, z. B. im Fall von Ausbrüchen, an 7 Tagen pro Woche von 8 bis 24 Uhr an. Die diagnostischen Laboratorien nehmen regelmäßig jährlich an mehr als 200 Ringversuchen im Bereich Virologie (Molekularbiologie und Infektionsserologie) teil.

Zudem erforschen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts Grundlagen der Virusbiologie und Virusimmunologie, entwickeln neue diagnostische Testverfahren und führen klinische Studien durch. Zu den Schwerpunkten des Instituts gehören im Besonderen die Erkennung und Beurteilung von Resistenzentwicklungen bei Viren, die Entwicklung neuer Impfkonzeppte sowie die Anwendung von 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			1,59	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	1,02		
	- ambulant	0,57		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,59	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,59		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	0,38		
	- ambulant	0,21		

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 ist spezialisiert auf die Versorgung von Personen, in deren Familien gehäuft Brustkrebs und/oder andere Tumorerkrankungen als Hinweis auf eine mögliche erbliche Belastung auftreten. Unser Betreuungsangebot umfasst die individuelle Beratung zu den Chancen und Konsequenzen einer genetischen Untersuchung, eine umfassende genetische Untersuchung und ggf. eine intensivste/risiko-adaptierte Früherkennung und Nachsorge sowie weitere krebsvorbeugende Maßnahmen, sofern ein erhöhtes Erkrankungsrisiko vorliegt. Dabei stehen die Ratsuchenden und ihre individuelle Situation im Mittelpunkt.

Die Beratung und Gendiagnostik umfasst alle bekannten Risikogene. Dabei ist zu beachten, dass weiterhin ein Teil der Risikogene noch unbekannt ist. Daher führen wir begleitende Forschungsprojekte auf nationaler und internationaler Ebene durch und setzen unsere Forschungsergebnisse unmittelbar in die klinische Betreuung um. Das bei uns etablierte TruRisk®-Genpanel konnte inzwischen auf über 500 Risikogene und Risikovarianten erweitert werden. Dieses Genpanel stellt damit das umfassendste Panel für erbliche gynäkologische Tumorerkrankungen dar. Die Genbefunde gehen zusammen mit der Erfassung weiterer nicht-genetischer Risikofaktoren in eine persönliche Risikoberechnung ein, die Grundlage für die individualisierte und intensivste Früherkennung und Nachsorge ist, die wir am Zentrum anbieten.

Als koordinierendes Zentrum des Deutschen Konsortiums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, bestehend aus bundesweit rund 20 universitären Zentren, konnte dieses Versorgungsangebot mit langjähriger Förderung der Deutschen Krebshilfe auf die weiteren Zentren des Konsortiums ausgeweitet werden. Basierend darauf haben die Zentren des Konsortiums Spezialverträge mit den gesetzlichen und privaten Krankenversicherern abgeschlossen, die eine über die Regelversorgung hinausgehende Genuntersuchung und Krebsprävention ermöglichen.

Um eine wohnortnahe Betreuung zu gewährleisten, haben wir auch zertifizierte Brust- und gynäkologische Krebszentren in diese Versorgung mit einbezogen. Dadurch hat das Kölner Zentrum ein regionales Versorgungsnetz mit mehr als 90 zertifizierten Krebszentren aufgebaut, die eine flächendeckende Versorgung auf den Gebieten Risikoberatung/Genuntersuchung/risiko-adaptierte Prävention auf höchstem Niveau gewährleisten. Durch eine begleitende Förderung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung werden die Ergebnisse ständig überprüft, um das Betreuungskonzept für Risikofamilien stetig zu verbessern.

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



Nr.	Versorgungsschwerpunkt
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. Beratung zur Prävention. Früherkennungsprogramm: Tast- und Ultraschalluntersuchungen der Brust, Mammographie und MRT der Brust.

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

B-35.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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



B-35.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-35.11 Personelle Ausstattung

B-35.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte	Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte		7,11	–
Beschäftigungsverhältnis			
- direkt	7,11		
- indirekt	–		
Versorgungsbereich			
- stationär	–		
- ambulant	7,11		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte		7,11	–
Beschäftigungsverhältnis			
- direkt	7,11		
- indirekt	–		
Versorgungsbereich			
- stationär	–		
- ambulant	7,11		

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 erblichen Erkrankungen und Merkmale, die auf eine bekannte molekulare erbliche Ursache zurückgehen, stetig wächst (derzeit etwa 7400), 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. Außerdem wirken wir in der Diagnosestellung bei kritisch kranken Säuglingen mit und sind in verschiedenen interdisziplinären Expertenboards der Universitätsklinik und im Centrum für Seltene Erkrankungen Köln (CESEK) vertreten.

Wir nutzen modernste Methoden der Humangenetik und bieten ein breites Spektrum an Analysen an – von der Einzelgendiagnostik bis hin zu individualisierten gesamtgenomischen Untersuchungen. Im Jahre 2022 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 molekulärzytogenetische 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) (mit Ablauf 3. Juli 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)
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. 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	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			4,28	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	4,28		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	4,28		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			1,53	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	1,53		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	1,53		

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

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.



B-37 Institut für Allgemeinmedizin



Univ.-Prof. Dr. med. Beate Müller

B-37.1 Name der Fachabteilung und Kontaktdaten

Name	Institut für Allgemeinmedizin
Hausadresse	Kerpener Straße 62 50937 Köln
Postadresse	50924 Köln
Internet	allgemeinmedizin.uk-koeln.de
§-301-Schlüssel	Sonstige Fachabteilung III (3792) Nicht bettenführende Fachabteilung
Institutsdirektorin (seit 01.04.2022)	Univ.-Prof. Dr. med. Beate Müller
Telefon	0221 478-32170
Telefax	0221 478-86212
E-Mail	beate.mueller@uk-koeln.de



Kurzportrait

In der Hochschulambulanz unseres Instituts für Allgemeinmedizin führen wir reguläre hausärztliche Versorgung durch. Insbesondere beraten wir zur Gesundheitsvorsorge und Prävention und zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels (z. B. Allergien, hitzebedingte Erkrankungen). Zu den regulären Leistungen gehören Labor- und Urinuntersuchungen, EKG, Spirometrie und Sonographie. Auch die Betreuung chronisch Kranker (ähnlich dem DMP) ist bei uns möglich.

Die Hochschulambulanz Allgemeinmedizin steht allen Patientinnen und Patienten offen, die bislang noch keine hausärztliche Anbindung haben oder eine/n neue/n Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner in Gesundheitsfragen wünschen.

Da ein Fokus unserer Tätigkeit auf der Ausbildung von angehenden Ärztinnen und Ärzten liegt, möchten wir darauf hinweisen, dass jederzeit Studierende der Humanmedizin anwesend sein können.

Um unserem Forschungsauftrag nachzukommen, beteiligen wir uns regelmäßig an Studien oder initiieren diese. Ob Sie als Patientin oder Patient für eine Studie in Frage kommen, teilen wir Ihnen gerne im persönlichen Gespräch mit. Eine Teilnahme an den entsprechenden Studien ist grundsätzlich freiwillig.

B-37.2 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-37.3 Medizinische Leistungsangebote

Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin

Nr.	Versorgungsschwerpunkt
VI00	Hausärztliche Versorgung

B-37.4 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-37.5 Fallzahlen der Fachabteilung

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

B-37.6 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-37.7 Durchgeführte Prozeduren bei stationären Fällen nach OPS

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



B-37.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Allgemeinmedizinische Hochschulambulanz

Hochschulambulanz nach § 117 SGB V

In der allgemeinmedizinischen Hochschulambulanz findet hausärztliche Patientenversorgung statt. Diese umfasst beispielsweise die Betreuung akut und chronisch Erkrankter, Gesundheitsuntersuchungen und Impfungen.

B-37.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

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

B-37.10 Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der Berufsgenossenschaft

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

B-37.11 Personelle Ausstattung

B-37.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Ärzte		Anzahl (VK)	Anzahl gesamt (VK)	Fälle pro VK
Ärztinnen und Ärzte			2,18	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	2,18		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	2,18		
	- ambulant	–		
- davon Fachärztinnen und Fachärzte			0,73	–
Beschäftigungsverhältnis	- direkt	0,73		
	- indirekt	–		
Versorgungsbereich	- stationär	–		
	- ambulant	0,73		

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Facharztbezeichnungen

Nr.	Facharztbezeichnung
AQ63	Allgemeinmedizin
	Eine Weiterbildungsbefugnis für 6 Monate liegt vor.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung – Zusatz-Weiterbildungen

Keine Angabe

B-37.11.2 Pflegepersonal

Im Institut für Allgemeinmedizin 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 zur Darstellung nach Krankenhaus und nach Standorten

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

- Universitätsklinikum Köln
- CardioCliniC Köln

Aufgrund der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) kann die Soll-Fallzahl nur für das gesamte Krankenhaus dargestellt und somit die Dokumentationsrate nur krankenhausesbezogen berechnet werden. Dagegen erfolgt die Angabe der Ist-Fallzahl standortbezogen.

Die folgende Tabelle stellt die Soll-Fallzahl und die Dokumentationsrate (Dok.-Rate) für das gesamte Krankenhaus Universitätsklinikum Köln (mit CardioCliniC Köln) dar. Für die Ist-Anzahl Datensätze werden nur die für den Standort Universitätsklinikum 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	265	100,38 %	262
09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	44	100,00 %	44
09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	58	100,00 %	58
09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	72	100,00 %	72
09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	35	102,86 %	36
09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	47	100,00 %	47
10/2	Karotis-Revaskularisation	197	100,00 %	⁽⁵⁾ 195
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	423	100,00 %	423
16/1	Geburtshilfe	1.966	100,51 %	⁽⁵⁾ 1.974
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	24	100,00 %	⁽⁵⁾ 23
18/1	Mammachirurgie	269	100,00 %	⁽⁵⁾ 268
DEK	Dekubitusprophylaxe	577	100,00 %	565
HCH	Herzchirurgie	1.565	101,34 %	1.331
– HCH_AK_CHIR	Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe	232	100,86 %	197
– HCH_AK_KATH	Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe	493	101,22 %	499
– KCH_KC	Koronarchirurgische Operationen	712	101,40 %	507
– HCH_MK_CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	177	100,56 %	146
– HCH_MK_KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	91	102,20 %	93



Modul	Leistungsbereich	Soll-Fallzahl (Krhs.)	Dok.-Rate (Krhs.)	Ist-Anzahl Datens. (Standort)
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	127	100,00 %	⁽⁵⁾ 124
– HEP IMP	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenimplantation	103	100,00 %	⁽⁵⁾ 100
– HEP WE	– Zählleistungsbereich Hüftendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	27	103,70 %	⁽⁵⁾ 27
HTXM	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	7	100,00 %	7
– HTXM-MKU	– Zählleistungsbereich Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	7	100,00 %	7
– HTXM-TX	– Zählleistungsbereich Herztransplantation		⁽²⁾	0
KEP	Knieendoprothesenversorgung	105	100,00 %	⁽⁵⁾ 103
– KEP IMP	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenimplantation	95	100,00 %	⁽⁵⁾ 94
– KEP WE	– Zählleistungsbereich Knieendoprothesenwechsel und Komponentenwechsel	10	100,00 %	⁽⁵⁾ 9
LLS	Leberlebendspende		⁽²⁾	–
LTX	Lebertransplantation	15	100,00 %	15
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation		⁽²⁾	–
NEO	Neonatologie	1.185	102,03 %	⁽⁵⁾ 1.199
NLS	Nierenlebendspende	36	100,00 %	36
PCI_LKG	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG) ⁽⁴⁾	1.552	100,97 %	1.563
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	134	100,00 %	⁽⁵⁾ 133
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	77	100,00 %	77
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 laut Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nicht vorgenommen werden.

⁽²⁾ = In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.

⁽³⁾ = Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

⁽⁴⁾ = 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.



C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

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 = $5 / (20,0 \% \times 200) = 0,125$

Für ein einzelnes Krankenhaus kann dann anhand des tatsächlichen Anteils dieser Risikofaktoren bestimmt werden, welches Ergebnis zu erwarten ist (E = Expected) und welches Ergebnis tatsächlich berechnet bzw. beobachtet wird (O = Observed), und wie das Verhältnis ist (O / E). So sollen Krankenhäuser vergleichbar werden, deren Fälle z. B. eine unterschiedliche Altersstruktur haben.

Beispielkrankenhaus A

Observed **O** = 2 Patienten mit Komplikation
Expected **E** = $0,125 \times 10,0 \% \text{ Pat. über 75 Jahre} \times 100 \text{ Patienten} = 1,25$ Patienten mit Komplikation
O / E = $2 / 1,25 = 1,6$ (**schlechter als erwartet**)

Beispielkrankenhaus B

Observed **O** = 3 Patienten mit Komplikation
Expected **E** = $0,125 \times 30,0 \% \text{ Pat. über 75 Jahre} \times 100 \text{ Patienten} = 3,75$ Patienten mit Komplikation
O / E = $3 / 3,75 = 0,8$ (**besser als erwartet**)

Ein Wert für O / E unter 1 bedeutet, dass weniger Fälle mit dem Merkmal aufgetreten sind, als zu erwarten wäre. Ein Wert über 1 bedeutet, dass mehr Fälle aufgetreten sind.

O / E < 1,00 besser als erwartet
O / E = 1,00 erwartungskonform
O / E > 1,00 schlechter als erwartet
(unter der Annahme, dass „weniger“ besser ist)

Das Verfahren ist stark abhängig von der Auswahl der Risikofaktoren aus den erfassten Daten und natürlich auch davon, welche Daten im Datenpool sind.

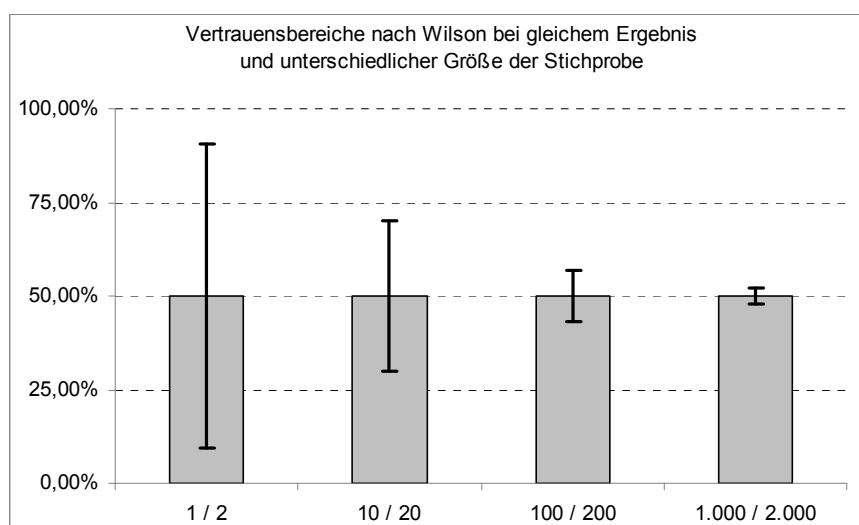


Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Bereich an, in dem das „wahre“ Ergebnis - unter Berücksichtigung des Messfehlers - mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % liegt.

Dieser Bereich hängt entscheidend von der Anzahl der untersuchten Fälle ab. Je größer diese Anzahl ist, desto kleiner wird der Bereich, in dem das „wahre“ Ergebnis vom Messwert abweichen kann.

1 / 2	= 50,00 %	→ Vertrauensbereich:	9,45 % – 90,55 %
10 / 20	= 50,00 %	→ Vertrauensbereich:	29,93 % – 70,07 %
100 / 200	= 50,00 %	→ Vertrauensbereich:	43,14 % – 56,86 %
1000 / 2000	= 50,00 %	→ Vertrauensbereich:	47,81 % – 52,19 %



Referenzbereich (bundesweit)

Liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs, ist es rechnerisch auffällig und es wird ein 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 Gemeinsamen Bundesausschuss aus Datenschutzgründen keine Angaben gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner kleiner als vier (< 4) ist.

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) hat die Kennzahlen und Indikatoren im Verfahren der externen Qualitätssicherung nach SGB V im Hinblick auf eine Veröffentlichung im Strukturierten Qualitätsbericht nach Kategorien bewertet.

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	DeQS	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	DeQS	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	DeQS	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	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	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	43	Plan-QI	unzureichend
		71	DeQS	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		72	DeQS	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	DeQS	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		81	DeQS	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	92	DeQS	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

DeQS

= Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung

Plan-QI

= Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)

Beispiel

Kategorie U = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig
Einstufung 61 = Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)

=>

Bewertung U61 = Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig
– Besondere klinische Situation



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

Entwicklung zum Vorjahr – rechnerische Tendenz

Die Darstellung der rechnerischen Entwicklung zum Vorjahr ist verpflichtend und wird mit einer folgenden Angaben dargestellt:

- ↗ verbessert
- ↘ verschlechtert
- unverändert
- ◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar



Vergleich zum Vorjahr – qualitative Tendenz

Beim ebenfalls verpflichtenden qualitativen Vergleich der Bewertungskategorien im Strukturierten Dialog ergibt sich die Darstellung anhand der folgenden Matrix.

Kategorie im Berichtsjahr	N	R	H	U	A	D	S
Kategorie im Vorjahr	Bewertung nicht vorgesehen	Ergebnis liegt im Referenzbereich	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ unauffällig	Bewertung nach Strukturiert. Dialog als qualitativ auffällig	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	Sonstiges
N Bewertung nicht vorgesehen	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
R Ergebnis liegt im Referenzbereich	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	↘ verschlechtert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
H Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
U Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ unauffällig	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	↘ verschlechtert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
A Bewertung nach Strukt. Dialog als qualitativ auffällig	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
D Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	↗ verbessert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	→ unverändert	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar
S Sonstiges	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar	◆ eingeschränkt/nicht vergleichbar



C-1.2.A

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Die Reihenfolge wurde zum Vorjahr geändert. Zum Einen erfolgt die Sortierung der Verfahren möglichst nach den neuen Verfahrensschlüsseln, wobei aber thematisch verwandte Verfahren gruppiert wurden. Die bisherigen Modulbezeichner werden in Klammern an das Ende gestellt, sie sind weiterhin bei der Datenerfassung relevant, während bei Auswertungen die neuen Verfahrensschlüssel genutzt werden.

Verfahren	Bezeichnung	Modul
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	PNEU
DEK	Dekubitusprophylaxe	DEK
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	15/1
MC	Mammachirurgie	18/1
PM-GEBH	Geburtshilfe	16/1
PM-NEO	Neonatologie	NEO
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	17/1
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	HEP
KEP	Knieendoprothesenversorgung	KEP
PCI	Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie	PCI
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	09/1
HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	09/2
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	09/4
HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	09/5
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	09/6
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	10/2
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	HCH
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	HCH
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	HCH
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	HCH
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	HCH
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	HCH
TX-HTX	Herztransplantationen	HTXM-TX
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	HTXM-MKU
TX-LLS	Leberlebendspenden	LLS
TX-LTX	Lebertransplantationen	LTX
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	LUTX
TX-NLS	Nierenlebendspenden	NLS
NET-NTX	Nierentransplantation	NTX
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	PNTX



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie
ID 2005	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
QI*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
133 / 133	100,00 %	97,19 – 100,00 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	99,02 %	98,98 – 99,06 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)			
ID 2006				
TKez*	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
107 / 107	100,00 %	96,53 – 100,00 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	99,05 %	99,02 – 99,09 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)			
ID 2007				
TKez*	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
26 / 26	100,00 %	87,13 – 100,00 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	98,18 %	97,91 – 98,41 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
4	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232000				
EKez*	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			
mit Bezug zu 2005				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
88 / 88	100,00 %	95,82 – 100,00 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	98,89 %	98,84 – 98,94 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5	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 anderen 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
75 / 75	100,00 %	95,13 – 100,00 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	98,93 %	98,88 – 98,98 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232002				
EKez*	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden). Fälle, für die COVID-19 dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt			
mit Bezug zu 2007				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 13	100,00 %	77,19 – 100,00 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	97,92 %	97,54 – 98,24 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

7	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 anderen 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

58 / 64	90,63 %	81,02 – 95,63 %	>= 90,00 %	➔

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis	93,08 %	92,95 – 93,21 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
8	Frühe antimikrobielle Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)			
ID 232003				
EKez*	Behandlung mit Antibiotika möglichst früh nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderen Krankenhaus aufgenommen wurden)			
mit Bezug zu 2009				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
63 / 69	91,30 %	82,30 – 95,95 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	92,65 %	92,52 – 92,78 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9 Frühmobilisation nach Aufnahme

ID 2013 Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin / der Patient alleine
QI* oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
22 / 22	100,00 %	85,13 – 100,00 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 92,79 % 92,65 – 92,93 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

10 Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)

ID 232004 Möglichst früh nach Aufnahme sollte sich die Patientin /der Patient alleine
EKez* oder mit Hilfe für eine gewisse Zeit bewegen. Fälle, für die COVID-19
mit Bezug dokumentiert wurde, wurden bei der Berechnung nicht berücksichtigt
zu 2013

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

13 / 13	100,00 %	77,19 – 100,00 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis	93,14 %	92,97 – 93,31 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

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 wird, ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund ist

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
72 / 73	98,63 %	92,64 – 99,76 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 95,93 % 95,84 – 96,02 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

12 Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)

ID 232005

EKez*

mit Bezug
zu 2028

Es werden vor der Entlassung bestimmte medizinische Kriterien gemessen, anhand derer bestimmt wird, 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
42 / 42	100,00 %	91,62 – 100,00 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 95,40 % 95,28 – 95,51 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—		—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

13	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung
ID 2036	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmte medizinische Kriterien erfüllten und damit ausreichend gesund waren
TKez*	

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
72 / 72	100,00 %	94,93 – 100,00 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis	98,69 %	98,64 – 98,75 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—		—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
14	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232006				
EKez*	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			
mit Bezug zu 2036				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
42 / 42	100,00 %	91,62 – 100,00 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	98,66 %	98,59 – 98,72 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

15 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 50778 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* 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
10 / 7,92 Fallzahl: 76	1,26 O / E	0,70 – 2,17	<= 1,91 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,97	0,96 – 0,99		

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

16 Sterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle)

ID 232007 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
EKez* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen
mit Bezug und Patienten)
zu 50778

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

15 / 14,19 **1,06 O / E** 0,65 – 1,66 Nicht definiert **–**
Fallzahl: 117

Bundesergebnis 0,82 0,81 – 0,83

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

–

–

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

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
5 / 6,27 Fallzahl: 41	0,80 O / E	0,35 – 1,67	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,66	0,65 – 0,67		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

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
20 / 88	22,73 %	15,22 – 32,51 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	16,84 %	16,67 – 17,01 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
19	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (inkl. COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)			
ID 232008				
EKez*	Alle Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mit Bezug zu 231900 verstorben sind (individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten wurden nicht berücksichtigt)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
27 / 133	20,30 %	14,34 – 27,93 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	18,28 %	18,14 – 18,43 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

20 Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme

ID 50722 Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde
QI* bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
113 / 120	94,17 %	88,45 – 97,15 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	96,71 %	96,64 – 96,77 %		

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

Sonstiges (im Kommentar erläutert)
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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



CAP – Ambulant erworbene Pneumonie (Modul PNEU)

Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
21	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)			
ID 232009				
EKez*	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			
mit Bezug zu 50722				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
73 / 77	94,81 %	87,39 – 97,96 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	96,57 %	96,49 – 96,66 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)
ID 52009	
QI*	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
323 / 133,11	2,43 O / E	2,18 – 2,70	<= 2,68 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 46.303				

Bundesergebnis	1,18	1,17 – 1,19

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	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 an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
139 / 46.303	0,30 %	0,25 – 0,35 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,36 %	0,36 – 0,37 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Verbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	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 geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
177 / 46.303	0,38 %	0,33 – 0,44 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,07 %	0,06 – 0,07 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Verbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
4	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
< 4	k. A.	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,01 %	0,01 – 0,01 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmabgabeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



DEK – Dekubitusprophylaxe (Modul DEK)

Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

5 Stationär erworbener Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4

ID 52010 Patientinnen und Patienten, bei denen während des
QI* 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 und Gelenkkapseln) und einher mit einem Absterben von Muskeln, Knochen oder den stützenden Strukturen. (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

6 / 46.303	0,01 %	0,01 – 0,03 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	0,01 %	0,01 – 0,01 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

U61 Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig

Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)


eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Kommentar der Pflegedirektion

Bei den Fällen mit einem in unserem Krankenhaus erworbenen Dekubitus der Kategorie 4 handelt es sich um besonders schwere Einzelfälle. Diese wurden der Landesarbeitsgemeinschaft DeQS Nordrhein-Westfalen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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
Stellungnahmeverfahren.



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
1	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	0,81 O / E	0,22 – 2,91	<= 4,18		→
Datenschutz ^(x)					eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	0,99 – 1,11			
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				→
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>





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/>.

* = 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.



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung

ID 12874

plan. QI* 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)	k. A.	–	<= 5,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,95 % 0,85 – 1,05 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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.



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.		Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung		
3		Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund		
ID 10211 plan. QI*		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)	k. A.	–	<= 20,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	7,61 %	7,20 – 8,05 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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.



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund
ID 172000	
EKez*	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45
mit Bezug zu 10211	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
0 / 13	0,00 %	0,00 – 22,81 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 11,16 % 9,90 – 12,55 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—		—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5 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
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	13,49 %	12,39 – 14,67 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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/>.

* = Ergebniskennzahl (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.



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6 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 / 72	0,00 %	0,00 – 5,07 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,74 %	0,66 – 0,83 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Stellungnahmeverfahren.



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
7	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie			
ID 60686				
QI*				
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	k. A.	–	<= 42,35 % (95. Perzentil)	➔
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	19,31 %	18,56 – 20,07 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
8 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
51 / 64	79,69 %	68,29 – 87,73 %	>= 74,46 % (5. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	88,74 %	88,41 – 89,07 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				
Fachlicher Hinweis des IQTIG				
Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



GYN-OP – Gynäkologische Operationen (Modul 15/1)

Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9 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
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	<= 6,59 % (90. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,15 %	3,05 – 3,27 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

ID 51846 Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich
QI* untersucht und die Art des Tumors festgestellt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
161 / 165	97,58 %	93,93 – 99,05 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 98,21 % 98,11 – 98,30 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk
ID 212000	
QI*	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
11 / 11	100,00 %	74,12 – 100,00 %	>= 80,95 % (5. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 95,04 % 94,52 – 95,52 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk			
ID 212001				
QI*	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
57 / 59	96,61 %	88,46 – 99,07 %	>= 54,43 % (5. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	85,86 %	85,40 – 86,30 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative ID 52330 Präparatsonografie bei mammografischer plan. QI* 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

48 / 48	100,00 %	92,59 – 100,00 %	>= 95,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	99,39 %	99,26 – 99,50 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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/>

* = 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5 ID 52279 plan. QI*	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer 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 Ultraschall mit einem Draht markiert.)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
103 / 103	100,00 %	96,40 – 100,00 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,99 %	98,86 – 99,09 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden:
<https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

* = 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

6 Primäre Axilladisektion bei DCIS

ID 2163 Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden radikal bzw. nahezu
plan. QI* vollständig 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 / 24	0,00 %	0,00 – 13,80 %	Sentinel Event ^(y)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,04 % 0,01 – 0,13 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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 Stellungnahmeverfahren.



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
7 ID 50719 QI*	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie 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)	k. A.	–	<= 5,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,35 %	2,90 – 3,87 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
U62	Bewertung nach 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8 Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

ID 51847 Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen
QI* 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
19 / 19	100,00 %	83,18 – 100,00 %	>= 90,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 96,99 % 96,79 – 97,18 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
ID 51370	
QI*	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
0 / 45	0,00 %	0,00 – 7,87 %	<= 7,69 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	1,92 %	1,80 – 2,04 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

10 Nachresektionsrate

ID 60659 Folgeoperationen, die notwendig waren, weil die bösartigen Tumore im
QI* ersten Eingriff unvollständig oder nur ohne ausreichenden
Sicherheitsabstand entfernt wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 127	7,87 %	4,33 – 13,89 %	<= 20,77 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 10,66 % 10,41 – 10,91 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



MC – Mammachirurgie (Modul 18/1)

Operation an der Brust

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11 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
157 / 158	99,37 %	96,50 – 99,89 %	>= 97,82 % (5. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,48 %	99,42 – 99,54 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen

ID 330
plan. QI*

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
77 / 79	97,47 %	91,23 – 99,30 %	>= 95,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 96,80 % 96,35 – 97,21 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich

Kommentar

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA): Der QI 330 wurde mit Beschlüssen des G-BA vom 16.12.2021 und 15.12.2022 als planungsrelevanter Qualitätsindikator ausgesetzt. Gemäß DeQS-RL wurde der Qualitätsindikator 2023 in eine Transparenzkennzahl überführt. Die bereits erhobenen Daten des Berichtsjahres 2022 wurden dennoch hier ausgewertet und veröffentlicht.

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>

* = 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung			
ID 50045				
plan. QI*	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben			
Infektionsbezug ⁽²⁾				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
987 / 998	98,90 %	98,04 – 99,38 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,01 %	98,97 – 99,05 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

- * = 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
- ⁽²⁾ = Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 Kaiserschnittgeburten

ID 52249 Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden
QI* individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
981 / 729,64 Fallzahl: 1.937	1,34 O / E	1,29 – 1,40	<= 1,26 (90. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	1,03 – 1,04		

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

U61 Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig

Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)



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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4 Robson-Klassifikation - Ebene 1

ID 182000 Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von
EKez* erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem
mit Bezug Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
zu 52249

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
71 / 306	23,20 %	18,82 – 28,25 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 18,94 % 18,76 – 19,12 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

5 Robson-Klassifikation - Ebene 2

ID 182001 Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per
EKez* Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in
mit Bezug Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
zu 52249

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
171 / 302	56,62 %	50,98 – 62,09 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 45,90 % 45,59 – 46,21 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

6 Robson-Klassifikation - Ebene 3

ID 182002 Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per
EKez* Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen
mit Bezug Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen
zu 52249 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 / 292	7,19 %	4,75 – 10,74 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 3,88 % 3,79 – 3,97 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—		—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

7 Robson-Klassifikation - Ebene 4

ID 182003 Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per
EKez* Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen
mit Bezug Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane
zu 52249 Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren
wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
53 / 202	26,24 %	20,65 – 32,71 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 21,45 % 21,13 – 21,78 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—		—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8 Robson-Klassifikation - Ebene 5

ID 182004 Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per
EKez* Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen
mit Bezug Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage
zu 52249 (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
279 / 323	86,38 %	82,21 – 89,69 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 71,72 % 71,44 – 71,99 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9 Robson-Klassifikation - Ebene 6

ID 182005 Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in
EKez* Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren
mit Bezug wurden
zu 52249

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
78 / 81	96,30 %	89,67 – 98,73 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 93,01 % 92,64 – 93,36 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

10 Robson-Klassifikation - Ebene 7

ID 182006 Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in
EKez* Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren
mit Bezug wurden
zu 52249

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
50 / 56	89,29 %	78,53 – 95,00 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 86,60 % 85,95 – 87,21 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

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
231 / 268	86,19 %	81,55 – 89,82 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 75,59 % 75,06 – 76,11 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

12 Robson-Klassifikation - Ebene 9

ID 182008 Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren
EKez* wurden
mit Bezug
zu 52249

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 6	100,00 %	60,97 – 100,00 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 100,00 % 99,86 – 100,00 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—		—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

13 Robson-Klassifikation - Ebene 10

ID 182009 Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per
EKez* Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib)
mit Bezug geboren wurden
zu 52249

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
154 / 272	56,62 %	50,68 – 62,37 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 44,42 % 43,91 – 44,93 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

14 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten

ID 1058 Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt
plan. QI* durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 47	0,00 %	0,00 – 7,56 %	Sentinel Event ^(y)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,21 % 0,13 – 0,32 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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 Stellungnahmeverfahren.



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
15	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)			
ID 321	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und			
TKez*	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
5 / 1.483	0,34 %	0,14 – 0,79 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,23 %	0,22 – 0,24 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
16	Azidose bei reifen Einlingen			
ID 51397	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und			
TKez*	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
5 / 3,85	1,30 O / E	0,55 – 3,03	Nicht definiert	—
Fallzahl: 1.483				
Bundesergebnis	0,97	0,92 – 1,02		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“.

* = Transparenzkennzahl (TKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

17 Azidose bei frühgeborenen Einlingen

ID 51831 Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und
QI* 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)	0,83 O / E	0,23 – 2,97	<= 4,40 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,06	0,95 – 1,18		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

18 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten

ID 318 Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen
plan. QI* anwesend

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
234 / 240	97,50 %	94,65 – 98,85 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 96,85 % 96,61 – 97,07 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

* = 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

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

26 / 11,56 **2,25 O / E** 1,54 – 3,28 <= 2,32 ➔
Fallzahl: 1.593 eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,01 0,98 – 1,03

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

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/>.

* = 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
20	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an verstorbenen Kindern			
ID 51808				
plan.	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf			
KKez*	Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen			
mit Bezug	geboren wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der			
zu 51803	Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 1,38	3,62 O / E	1,55 – 8,46	Nicht definiert	—
Fallzahl: 1.593				
Bundesergebnis	1,18	1,03 – 1,36		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

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 Stimmnahmeverfahrens 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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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/>.

* = 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

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 gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit 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
7 / 3,28 Fallzahl: 1.583	2,13 O / E	1,03 – 4,39	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,01	0,96 – 1,07		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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/>

* = 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

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 mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (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
9 / 3,74 Fallzahl: 1.581	2,40 O / E	1,27 – 4,56	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,94	0,89 – 0,98		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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/>.

* = 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

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 mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (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 / 3,16 Fallzahl: 1.582	1,58 O / E	0,68 – 3,70	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,06	1,01 – 1,11		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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/>.

* = 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

24 Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV

ID 181800 Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut
QI* (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)	0,75 O / E	0,13 – 4,21	<= 3,20 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,89	0,82 – 0,97		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
25	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten			
ID 181801				
KKez*	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)			
mit Bezug zu 181800				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,64	0,00 O / E	0,00 – 5,94	Nicht definiert	—
Fallzahl: 793				
Bundesergebnis	0,85	0,77 – 0,95		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

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 Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	1,44 O / E	0,25 – 7,95	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,95	0,83 – 1,08		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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.



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
27 ID 182010 TKez*	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,19 %	0,17 – 0,23 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
28 ID 182011 TKez*	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	2,95 %	2,83 – 3,06 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-GEBH – Geburtshilfe (Modul 16/1)

Geburtshilfe

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
29 ID 182014 TKez*	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	9,20 %	9,08 – 9,32 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
1	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 / 889	0,45 %	0,18 – 1,15 %	Sentinel Event ^(y)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,21 %	0,18 – 0,25 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
S99	Sonstiges			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Sonstiges (im Kommentar erläutert) Hochrisikokonstellationen bestanden bereits bei Übernahme durch das PNZ			
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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Stellungnahmeverfahren.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)			
ID 51832				
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; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	k. A.	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	3,67 %	3,30 – 4,08 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	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	0,48 O / E	0,17 – 1,38	Nicht definiert	—
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,93	0,83 – 1,03		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

Bei dieser Kennzahl handelt es sich um einen Bestandteil des Indexindikators „Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung“.





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
4 ID 51076 TKez*	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate) Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	2,97 %	2,64 – 3,35 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5 ID 50050 TKez*	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	0,57 O / E	0,19 – 1,62	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,95	0,84 – 1,07		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6 ID 222200 TKez*	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines Hydrozephalus Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 138	0,00 %	0,00 – 2,71 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,08 %	0,90 – 1,31 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

7 Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)

ID 51838 Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder
TKez* wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,77 %	1,53 – 2,05 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8 Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)

ID 51843 Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden
TKez* individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	0,31 O / E	0,05 – 1,69	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,86	0,75 – 1,00		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
9 ID 222201 TKez*	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder Therapie einer NEK Schwerwiegende Schädigungen des Darms die eine Operation oder Therapie erfordert			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 139	0,00 %	0,00 – 2,69 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,08 %	0,89 – 1,30 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

10 Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)

ID 51079 Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder
TKez* wurden nicht berücksichtigt)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

7 / 104	6,73 %	3,30 – 13,25 %	Nicht definiert	–

Bundesergebnis	6,99 %	6,39 – 7,64 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

–

–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

11 Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)

ID 50053 Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

7 / 9,11 **0,77 O / E** 0,38 – 1,51 Nicht definiert **—**
Fallzahl: 104

Bundesergebnis 1,11 1,01 – 1,21

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
12 ID 51078 TKez*	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate) 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)	k. A.	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	4,57 %	4,00 – 5,21 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

13 Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)

ID 50052 Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt
TKez* wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	0,24 O / E	0,04 – 1,32	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,08	0,94 – 1,23		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>.

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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

14 Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung

ID 51901 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)
QI*

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
14 / 22,02 Fallzahl: 139	0,64 O / E	0,38 – 1,02	<= 1,79 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,94 – 1,05		

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Frühgeburtlichkeit ist die wichtigste Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter (Swamy et al. 2008, [Anonym] 2008). Für Frühgeborene zwischen 24+0 und 32+0 Schwangerschaftswochen (SSW) oder

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g ist aufgrund der geringen Prävalenz oft keine verlässliche Ermittlung der Ergebnisqualität möglich, weil zufällige Schwankungen sehr ausgeprägt sind (Dimick et al. 2004, Heller 2008).

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
15	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen			
ID 51136				
KKez*	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)			
mit Bezug zu 51901				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,48 O / E	0,17 – 1,38	Nicht definiert	—
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,93	0,83 – 1,03		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmungsverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
16	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)			
ID 51141				
KKez*	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)			
mit Bezug zu 51901				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,78 O / E	0,26 – 2,20	Nicht definiert	—
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,01	0,88 – 1,17		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
17	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)			
ID 51146 KKez* mit Bezug zu 51901	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)	0,45 O / E	0,08 – 2,48	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,88	0,74 – 1,05		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
18	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)			
ID 51156 KKez* mit Bezug zu 51901	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 7,52	0,80 O / E	0,37 – 1,66	Nicht definiert	—
Fallzahl: 99				
Bundesergebnis	1,12	1,01 – 1,23		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmabgabeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
19	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)			
ID 51161 KKez* mit Bezug zu 51901	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	0,45 O / E	0,08 – 2,42	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,96	0,80 – 1,17		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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.



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

20 Nosokomiale Infektion

ID 50060 Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
QI*
Infektions-bezug ⁽²⁾

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 15,05 Fallzahl: 855	0,33 O / E	0,14 – 0,77	<= 2,92 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,04	0,97 – 1,10		

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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

⁽²⁾ = Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

21 Pneumothorax unter oder nach Beatmung

ID 50062 Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und
QI* Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 18,76 Fallzahl: 747	0,27 O / E	0,11 – 0,62	<= 2,68 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	0,96 – 1,09		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
22	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
0 / 747	0,00 %	0,00 – 0,51 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	0,99 %	0,89 – 1,11 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

23 Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion

ID 222001 Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und
EKez* Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
mit Bezug
zu 50062

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 747	0,00 %	0,00 – 0,51 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 0,18 % 0,14 – 0,23 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
24	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage			
ID 222002				
EKez*	Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern			
mit Bezug zu 50062				
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 747	0,67 %	0,29 – 1,56 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,45 %	1,33 – 1,59 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/>.

* = Ergebniskennzahl (EKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

25 Zunahme des Kopfumfangs

ID 52262 Wachstum des Kopfes
QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
31 / 166	18,67 %	13,48 – 25,29 %	<= 19,49 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 9,79 % 9,28 – 10,32 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

26 Durchführung eines Hörtests

ID 50063 Ein Hörtest wurde durchgeführt
QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
1002 / 1.029	97,38 %	96,21 – 98,19 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 98,18 % 98,08 – 98,26 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

27 **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

20 / 6,68

Fallzahl: 136

2,99 O / E

1,98 – 4,40

<= 2,50

(95. Perzentil)



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis

0,98

0,89 – 1,08

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

H99 **Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen**



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Sonstiges (im Kommentar erläutert)
rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der
Fachkommission, kein Stimmnahmeverfahren einzuleiten

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



PM-NEO – Neonatologie (Modul NEO)

Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
28 ID 50074 QI*	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen 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
40 / 28,06 Fallzahl: 915	1,43 O / E	1,05 – 1,92	<= 2,13 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	0,99 – 1,07		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-OSFRAK – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1)

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

1 Präoperative Verweildauer

ID 54030 Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 23	17,39 %	6,98 – 37,14 %	<= 15,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 9,83 % 9,60 – 10,06 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen

Sonstiges (im Kommentar erläutert)
rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgrremium 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-OSFRAK – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1)

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

2 Sturzprophylaxe

ID 54050 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten
QI* nach der Operation zu vermeiden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 13	100,00 %	77,19 – 100,00 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 97,35 % 97,22 – 97,48 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-OSFRAK – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1)

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

3 Gehunfähigkeit bei Entlassung

ID 54033 Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus
QI* 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	0,52 O / E	0,09 – 2,43	<= 2,22 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis 1,02 1,00 – 1,04

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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.



HGV-OSFRAK – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1)

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			
4	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			
ID 54029				
QI*	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 23	0,00 %	0,00 – 14,31 %	<= 6,35 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,89 %	1,79 – 2,00 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-OSFRAK – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1)

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			
5	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			
ID 54042				
QI*	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	1,60 O / E	0,56 – 3,93	<= 2,42	➔
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,03	1,01 – 1,06		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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.



HGV-OSFRAK – Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung (Modul 17/1)

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			
6	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur			
ID 54046				
TKez*	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	0,82 O / E	0,14 – 3,94	Nicht definiert	—
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	1,07	1,03 – 1,10		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	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
60 / 60	100,00 %	93,98 – 100,00 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	97,67 %	97,60 – 97,74 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -
ID 54002	Komponentenwechsel
QI*	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
24 / 27	88,89 %	71,94 – 96,15 %	>= 86,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 91,85 % 91,46 – 92,23 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 Präoperative Verweildauer

ID 54003 Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation
QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 39	10,26 %	4,06 – 23,58 %	<= 15,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 9,27 % 9,06 – 9,49 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4 Sturzprophylaxe

ID 54004 Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten
QI* nach der Operation zu vermeiden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
85 / 86	98,84 %	93,70 – 99,79 %	$\geq 90,00 \%$	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 96,97 % 96,89 – 97,04 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

5	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
ID 54015	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

7 / 4,37	1,60 O / E	0,80 – 2,92	<= 2,25 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 39				

Bundesergebnis	1,01	0,99 – 1,03

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6 ID 54016 QI*	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	≤ 5,77 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,36 %	1,31 – 1,41 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
7	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
ID 54017				
QI*	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	k. A.	–	<= 20,00 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	7,84 %	7,44 – 8,26 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
8 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
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	<= 11,63 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	4,53 %	4,37 – 4,69 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9	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
6 / 60	10,00 %	4,66 – 20,15 %	<= 8,01 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 2,27 % 2,21 – 2,34 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

H99	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Sonstiges (im Kommentar erläutert) rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten	

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
ID 54120				
QI*	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
7 / 3,68	1,90 O / E	0,97 – 3,28	<= 2,02 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 27				
Bundesergebnis	1,02	0,98 – 1,06		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul 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, die direkt mit der Operation zusammenhängen (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskugelung des künstlichen Hüftgelenks) (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
5 / 1,38 Fallzahl: 27	3,61 O / E	1,59 – 7,16	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,05	0,99 – 1,11		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul 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, die direkt mit der Operation zusammenhingen (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde) (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)	1,08 O / E	0,30 – 3,29	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,00	0,95 – 1,05		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Kalkulatorische Kennzahl (KKez) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

13 Gehunfähigkeit bei Entlassung

ID 54012 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	0,60 O / E	0,21 – 1,70	<= 2,42	➔
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02	1,00 – 1,04		

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

14	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
ID 54013 QI*	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 / 53	0,00 %	0,00 – 6,76 %	Sentinel Event ^(y)	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,05 % 0,04 – 0,06 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Stellungnahmeverfahren.



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul 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
6 / 2,63 Fallzahl: 39	2,28 O / E	1,07 – 4,41	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,07	1,04 – 1,10		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HGV-HEP – Hüftendoprothesenversorgung (Modul HEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

16 Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf

ID 10271

QI*

Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

< 4

2,39 O / E

0,59 – 6,20

<= 2,27



Datenschutz ^(x)

(95. Perzentil)

eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Bundesergebnis

0,83

0,80 – 0,86

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Sonstiges (im Kommentar erläutert)
rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgrremium folgt der Empfehlung der
Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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 (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	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
44 / 44	100,00 %	91,97 – 100,00 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	98,12 %	98,05 – 98,18 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Indikation zur unikondylären Schlittenprothese

ID 54021 Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks
QI* eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
51 / 51	100,00 %	93,00 – 100,00 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 97,42 % 97,22 – 97,61 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -
ID 54022	Komponentenwechsel
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
9 / 9	100,00 %	70,09 – 100,00 %	>= 86,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 92,44 % 91,95 – 92,89 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
4	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation			
ID 54123				
QI*	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	k. A.	–	<= 4,26 %	➔
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,02 %	0,98 – 1,07 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5 ID 50481 QI*	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 9	0,00 %	0,00 – 29,91 %	<= 11,32 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	3,33 %	3,02 – 3,66 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6	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 / 95	0,00 %	0,00 – 3,89 %	<= 3,71 % (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,88 %	0,84 – 0,93 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
7	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel			
ID 54125				
QI*	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	k. A.	–	<= 14,11 % (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	4,18 %	3,84 – 4,55 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8 Gehunfähigkeit bei Entlassung

ID 54028 Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus
QI* keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken
der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,2 Fallzahl: 100	0,00	O / E 0,00 – 18,63	<= 5,19 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,13	1,06 – 1,21		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
9 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)	k. A.	–	Sentinel Event ^(y)	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,04 %	0,03 – 0,05 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
U62	Bewertung nach 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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
- ^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Stellungnahmeverfahren.
- ^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KEP – Knieendoprothesenversorgung (Modul KEP)

Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10 ID 54128 QI*	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
91 / 91	100,00 %	94,88 – 100,00 %	>= 98,81 % (5. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	99,80 %	99,78 – 99,82 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 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
391 / 629	62,16 %	58,32 – 65,89 %	>= 40,97 % (5. Perzentil)	 verschlechtert

Bundesergebnis 64,25 % 64,05 – 64,45 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 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
201 / 469	42,86 %	38,43 – 47,37 %	<= 41,48 % (95. Perzentil)	 verschlechtert

Bundesergebnis 27,91 % 27,71 – 28,11 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3 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
57 / 72	79,17 %	68,75 – 87,29 %	>= 67,57 % (5. Perzentil)	 verschlechtert
Bundesergebnis	76,37 %	75,91 – 76,83 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:
<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4 Door-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt

ID 56004 Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen
QI* unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im
Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der
Herzkranzgefäße erhielten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

< 4	k. A.	–	<= 5,98 %	
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	verschlechtert

Bundesergebnis 2,71 % 2,54 – 2,88 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5	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 cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
197 / 101,32	1,94 O / E	1,69 – 2,23	<= 1,65 (95. Perzentil)	 verbessert
Fallzahl: 994				
Bundesergebnis	0,89	0,88 – 0,90		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmungsverfahren			Vergleich zum Vorjahr
A71	Bewertung nach Stimmungsverfahren als qualitativ auffällig			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel			

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

Die besonderen Charakteristika unserer Patienten (Begleiterkrankungen, besonders komplexe Eingriffe) haben einen relevanten Einfluss auf die benötigte Strahlendosis. Zudem waren die Angiographie-Anlagen im Jahre 2022 noch nicht mit der modernsten Technik ausgestattet. Ein Neubau aller Anlagen wurde Ende 2022 begonnen. Aktuell sind bereits drei Anlagen auf dem neuesten Stand, zwei weitere werden in 2024 erneuert, sodass das Herzkatheterlabor zeitnah zu den modernsten Deutschlands gehören wird.

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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 Stimmungsverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²			
ID 56006				
QI*	Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) bei Erweiterungen der Herzkranzgefäße lag über dem Schwellenwert von 4.800 cGy x cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
15 / 9,49	1,58 O / E	0,92 – 2,54	<= 1,14 (95. Perzentil)	 verschlechtert
Fallzahl: 52				
Bundesergebnis	0,94	0,92 – 0,97		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
7	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²				
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 cm ² (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr	
129 / 95,19	1,36 O / E	1,14 – 1,60	<= 1,50 (95. Perzentil)	 verbessert	
Fallzahl: 581					
Bundesergebnis	0,90	0,89 – 0,91			
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich				
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8 Dosis-Flächen-Produkt unbekannt

ID 56008 Die Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht
QI* bekannt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 1.627	0,00 %	0,00 – 0,15 %	<= 0,15 % (90. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 0,21 % 0,20 – 0,22 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
9	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
33 / 994	3,32 %	2,34 – 4,57 %	<= 6,86 % (95. Perzentil)	 verbessert
Bundesergebnis	4,41 %	4,35 – 4,47 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

10 Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml

ID 56010 Erweiterungen der Herzkranzgefäße, bei denen mehr als 200 ml
QI* Kontrastmittel verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
10 / 52	19,23 %	10,34 – 31,44 %	<= 21,93 % (95. Perzentil)	 verschlechtert

Bundesergebnis 17,16 % 16,68 – 17,65 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

11	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml
ID 56011	Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog.
QI*	Einzeitig-PCI), bei denen mehr als 250 ml Kontrastmittel verwendet wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
42 / 581	7,23 %	5,33 – 9,55 %	<= 16,84 % (95. Perzentil)	 verbessert

Bundesergebnis 9,88 % 9,77 – 10,00 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

12 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt

ID 56014

QI* Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
88 / 95	92,63 %	86,08 – 96,64 %	>= 93,65 % (5. Perzentil)	 verschlechtert

Bundesergebnis 94,29 % 94,05 – 94,52 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



PCI – Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (Modul PCI)

Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und
Herzkatheteruntersuchung

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

13 Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI

ID 56016 Alle Eingriffe mit erfolgreicher Erweiterung der Herzkranzgefäße bei allen
QI* Eingriffen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
515 / 538	95,72 %	93,76 – 97,20 %	$\geq 93,95 \%$ (5. Perzentil)	 verbessert

Bundesergebnis 95,31 % 95,23 – 95,39 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Leitlinienkonforme Indikation

ID 101803 Die Behandlung der (Herz-)Erkrankung mit einem Herzschrittmacher war
QI* nach wissenschaftlichen Empfehlungen erforderlich

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
246 / 260	94,62 %	91,17 – 96,77 %	>= 90,00 %	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 96,25 % 96,11 – 96,39 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Die Indikation zur Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der ak-tuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie sowie zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021). In Einzelfällen kann es zu be-gründeten 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, 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/eurheartj/ehab368.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Leitlinienkonforme Systemwahl

ID 54140 Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter
QI* wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
227 / 230	98,70 %	96,24 – 99,56 %	>= 90,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 99,61 % 99,56 – 99,65 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Die Systemwahl bei Herzschrittmacher-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh1150.

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln

ID 52139 Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein
QI* Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
252 / 305	82,62 %	77,97 – 86,46 %	>= 60,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 88,55 % 88,34 – 88,76 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, ei-nem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messun-gen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standorte-bene 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



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4 Dosis-Flächen-Produkt

ID 101800 Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte
QI* Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle
Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
25 / 18,76 Fallzahl: 257	1,33 O / E	0,91 – 1,91	<= 3,11 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,87 0,84 – 0,90

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

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.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5	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
850 / 937	90,72 %	88,69 – 92,41 %	>= 90,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	95,12 %	95,03 – 95,20 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive 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
< 4	k. A.	–	<= 2,60 %	➔
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,91 %	0,84 – 0,98 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

7 Sondendislokation oder -dysfunktion

ID 52311 Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers
QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 262	0,00 %	0,00 – 1,45 %	<= 3,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,28 % 1,20 – 1,37 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8 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
166 / 248	66,94 %	60,86 – 72,49 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 50,73 % 50,37 – 51,10 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 51191 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 4,28 Fallzahl: 262	1,87 O / E	0,95 – 3,61	<= 4,38 (95. Perzentil)	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,96 0,90 – 1,01

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10 ID 2194 QI*	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde, auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
9 / 9,89 Fallzahl: 219	0,91 O / E	0,44 – 1,64	<= 2,69 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,99	0,96 – 1,03		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/ Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/				



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HSMDEF-HSM-IMPL – Herzschrittmacher-Implantation (Modul 09/1)

Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres			
ID 2195				
QI*	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingte Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Infektions- bezug ⁽²⁾				
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 0,9	4,43 O / E	1,37 – 10,28	<= 6,34 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 219				
Bundesergebnis	0,99	0,87 – 1,12		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

⁽²⁾ = Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus



HSMDEF-HSM-AGGW – Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (Modul 09/2)

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
1	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
211 / 220	95,91 %	92,41 – 97,83 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	98,43 %	98,34 – 98,53 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, sondern auch Fälle mit einer Herzschrittmacher-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Herzschrittmachers betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.

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



HSMDEF-HSM-AGGW – Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (Modul 09/2)

Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)			
ID 111801				
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 / 44	0,00 %	0,00 – 8,03 %	<= 2,30 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,18 %	0,12 – 0,26 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-HSM-REV – Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation (Modul 09/3)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

ID 121800

QI* 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	k. A.	–	<= 3,10 %	➔
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	1,06 %	0,87 – 1,29 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

H99 Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen



eingeschränkt/
nicht vergleichbar

Sonstiges (im Kommentar erläutert)
rechnerisch_auffällig: das Lenkungsgremium folgt der Empfehlung der
Fachkommission, kein Stellungnahmeverfahren einzuleiten

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HSMDEF-HSM-REV – Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation (Modul 09/3)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden			
ID 52315				
QI*	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers			
Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 34	0,00 %	0,00 – 10,15 %	<= 3,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,78 %	0,59 – 1,03 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-HSM-REV – Herzschrittmacher-Revision/- Systemwechsel/-Explantation (Modul 09/3)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 51404	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QI*	verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	1,43 O / E	0,49 – 3,92	<= 7,25	➔
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,20	1,05 – 1,38		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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.



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Leitlinienkonforme Systemwahl

ID 50005 Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) erfolgte nach
QI* wissenschaftlichen Empfehlungen

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
69 / 72	95,83 %	88,45 – 98,57 %	>= 90,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 97,72 % 97,50 – 97,92 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Die Systemwahl bei Defibrillator-Implantation wird anhand der aktuellen Leitlinien zur Herzschrittmacher- und kardialen Resynchronisationstherapie, zur Diagnose und Behandlung von Herzinsuffizienz sowie zum Management von Patientinnen und Patienten mit ventrikulären Arrhythmien und zur Prävention des plötzlichen Herztods der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie bewertet (Brignole et al. 2013, Glikson et al. 2021, McDonagh 2021, Zeppenfeld et al. 2022). 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. European Heart Journal 34(29): 2281-2329. DOI: 10.1093/eurheartj/eh150.

→



Glikson, M; Nielsen, JC; Kronborg, MB; Michowitz, Y; Auricchio, A; Barbash, IM; et al. (2021): 2021 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac re-synchronization therapy. European Heart Journal 42(35): 3427-3520. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab364.

McDonagh, TA; Metra, M; Adamo, M; Gardner, RS; Baumbach, 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/eurheartj/ehab368.

Zeppenfeld, K; Tfelt-Hansen, J; de Riva, M; Winkel, BG; Behr ER; Blom, NA; et al. (2022): 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. European Heart Journal 43(40): 3997-4126. DOI: 10.1093/eurheartj/ehac262.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung
2	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln
ID 52131	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmal
QI*	eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
78 / 90	86,67 %	78,13 – 92,21 %	>= 60,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 91,85 % 91,53 – 92,16 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-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



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 Dosis-Flächen-Produkt

ID 131801 Patientinnen und Patienten, bei deren Untersuchung eine zu hohe
QI* Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,49 O / E	0,17 – 1,32	<= 2,35 (95. Perzentil)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Datenschutz ^(x)				

Bundesergebnis 0,72 0,69 – 0,76

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

➔



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022

C Qualitätssicherung

- * = 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.



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4	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
192 / 205	93,66 %	89,45 – 96,26 %	>= 90,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 96,17 % 96,02 – 96,31 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einer Defibrillator-Implantation, sondern auch Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebeine besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

Heller, G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. Kapitel 14.
In: Klauber, J; Gera-edts, 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



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

5 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive 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

0 / 72	0,00 %	0,00 – 5,07 %	<= 2,50 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	0,87 %	0,75 – 1,01 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

6 Sondendislokation oder -dysfunktion

ID 52325 Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel
QI* (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 54	0,00 %	0,00 – 6,64 %	<= 3,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 0,89 % 0,76 – 1,03 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
7	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
29 / 54	53,70 %	40,61 – 66,31 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	50,74 %	50,03 – 51,46 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
8	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 51186	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QI*	verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,46	0,00	O / E	0,00 – 8,01	<= 6,48
Fallzahl: 72			(95. Perzentil)	→
				eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,17	0,99 – 1,38		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			→
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9 Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

ID 132001

QI*

Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	0,48 O / E	0,03 – 2,13	<= 2,65	➔
Datenschutz ^(x)			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,00	0,92 – 1,08		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie 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.



HSMDEF-DEFI-IMPL – Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (Modul 09/4)

Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
10	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres			
ID 132002				
QI*	Probleme, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Infektionen oder Aggregatperforationen), und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,41	0,00 O / E	0,00 – 9,02	<= 5,03 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 61				
Bundesergebnis	1,00	0,82 – 1,20		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Dieser Indikator umfasst sowohl Ereignisse, die vor der Entlassung aus einem Krankenhaus auftreten, als auch Ereignisse, die nach der Entlassung auftreten, aber noch in Zusammenhang mit der Implantation gebracht werden können.

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



HSMDEF-DEFI-AGGW – Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (Modul 09/5)

Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	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
185 / 188	98,40 %	95,41 – 99,46 %	>= 95,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 98,81 % 98,72 – 98,90 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/qs-verfahren/>

Bei dem vorliegenden Indikator handelt es sich um einen sogenannten Qualitätsindex. Dies bedeutet hier, dass pro Behandlungsfall mehrere Messungen bewertet werden und zudem nicht nur Fälle mit einem Aggregatwechsel des Defibrillators, sondern auch Fälle mit einer Defibrillator-Implantation sowie Fälle mit einer Revision, einem Systemwechsel oder einer Explantation des Defibrillators betrachtet werden. Ziel ist es, dadurch eine erhöhte Anzahl an Messungen zu betrachten und somit das Fallzahl-Prävalenz-Problem (Heller 2010) zu reduzieren. Bei geringen Fallzahlen auf Standortebene besteht das Risiko, dass rechnerische Auffälligkeiten unsystematisch (zufällig) durch wenige Einzelfälle entstehen.

→



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

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



HSMDEF-DEFI-AGGW – Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel (Modul 09/5)

Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)

ID 141800

QI* 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

< 4	k. A.	–	≤ 3,80 %	➔
Datenschutz ^(x)				eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	0,19 %	0,12 – 0,30 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



HSMDEF-DEFI-REV – Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (Modul 09/6)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive 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
0 / 47	0,00 %	0,00 – 7,56 %	<= 2,90 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 1,33 % 1,08 – 1,62 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-DEFI-REV – Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (Modul 09/6)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2	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

0 / 38	0,00 %	0,00 – 9,18 %	<= 3,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	0,54 %	0,38 – 0,79 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



HSMDEF-DEFI-REV – Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation (Modul 09/6)

Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 51196	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QI*	verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 0,57	0,00 O / E	0,00 – 6,25	<= 5,13	➔
Fallzahl: 47			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	1,05	0,90 – 1,23		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	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
57 / 60	95,00 %	86,30 – 98,29 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 99,25 % 99,08 – 99,38 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID 604	
QI*	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
49 / 49	100,00 %	92,73 – 100,00 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 99,69 % 99,55 – 99,79 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 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 / 5	0,00 %	0,00 – 43,45 %	Sentinel Event ^(y)	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis	5,07 %	2,48 – 10,10 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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

^(y) = Beim Referenzbereich „Sentinel Event“ führt bereits ein Fall mit dem gesuchten Merkmal zu einem Stellungnahmeverfahren.



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
4	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch			
ID 11704				
QI*	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
6 / 2,8	2,15 O / E	0,99 – 4,49	<= 2,79	➔
Fallzahl: 113			(95. Perzentil)	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,98	0,90 – 1,07		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch			
ID 11724				
TKez*	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 / 1,73	2,32 O / E	0,91 – 5,72	Nicht definiert	—
Fallzahl: 113				
Bundesergebnis	1,05	0,94 – 1,16		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6 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
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	1,44 %	1,24 – 1,68 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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.



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

7	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID 606	
TKez*	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

< 4	k. A.	–	Nicht definiert	–

Datenschutz ^(x)

Bundesergebnis	1,53 %	1,02 – 2,29 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

–

–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
ID 51859 TKez*	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 / 49	8,16 %	3,22 – 19,19 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 3,13 % 2,78 – 3,53 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
—		—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
9	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt			
ID 51437				
QI*	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
25 / 25	100,00 %	86,68 – 100,00 %	>= 95,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	97,95 %	97,39 – 98,39 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

10 Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt

ID 51443

QI*

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
27 / 28	96,43 %	82,29 – 99,37 %	>= 95,00 %	→ eingeschränkt/ nicht vergleichbar

Bundesergebnis 99,34 % 98,92 – 99,60 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
11	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt			
ID 51873				
QI*	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 / 5,04	0,79 O / E	0,31 – 1,91	<= 2,81 (95. Perzentil)	 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Fallzahl: 67				
Bundesergebnis	1,01	0,91 – 1,12		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			 eingeschränkt/ nicht vergleichbar
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich			

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

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)	0,71 O / E	0,24 – 1,97	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	0,94	0,83 – 1,06		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>.

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

13 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt

ID 51445
TKez*

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 / 24	0,00 %	0,00 – 13,80 %	Nicht definiert	—

Bundesergebnis 2,18 % 1,69 – 2,82 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

—

—

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

14 Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt

ID 51448
TKez*

Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

< 4	k. A.	–	Nicht definiert	–

Datenschutz ^(x)

Bundesergebnis	4,14 %	2,72 – 6,25 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

–

–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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.



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

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)	k. A.	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	4,61 %	3,82 – 5,55 %		
Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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 dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KAROTIS – Karotis-Revaskularisation (Modul 10/2)

Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

16 Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit

ID 161800
QI*

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	3,50 %	2,34 – 5,20 %

Kategorie	Bewertung durch Fachkommission bei der LAG DeQS NRW im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Intraprozedurale Komplikationen

ID 382000 Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der
QI* Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 109	0,00 %	0,00 – 3,40 %	<= 3,16 % (95. Perzentil)	 unverändert

Bundesergebnis 0,70 % 0,53 – 0,94 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	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	k. A.	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	2,12 %	1,79 – 2,51 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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

^(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 (Modul HCH)

Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	Sterblichkeit im Krankenhaus			
ID 382006	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts			
QI*	verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)			
Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4	1,23 O / E	0,42 – 3,47	<= 2,60 (95. Perzentil)	➔ unverändert
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	0,98	0,85 – 1,13		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich			

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

1 Intraprozedurale Komplikationen

ID 372000 Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der
QI* Operation auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
5 / 498	1,00 %	0,43 – 2,33 %	<= 2,96 % (95. Perzentil)	 unverändert

Bundesergebnis 1,60 % 1,45 – 1,77 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

2 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
6 / 498	1,20 %	0,55 – 2,60 %	<= 2,35 % (95. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 0,99 % 0,88 – 1,13 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-AK-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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			
3	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
10 / 489	2,04 %	1,11 – 3,72 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,88 %	1,72 – 2,06 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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-KATH – Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (Modul HCH)

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

4 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 372006 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
13 / 7,38 Fallzahl: 498	1,76 O / E	1,03 – 2,98	<= 2,41 (95. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 1,10 1,00 – 1,19

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna

ID 352000 Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
406 / 426	95,31 %	92,86 – 96,94 %	>= 90,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 95,62 % 95,35 – 95,87 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC – Isolierte Koronarchirurgie (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation			
ID 352006				
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
9 / 385	2,34 %	1,23 – 4,38 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	1,77 %	1,60 – 1,96 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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-KC – Isolierte Koronarchirurgie (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 352007 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
18 / 8,73 Fallzahl: 429	2,06 O / E	1,31 – 3,21	$\leq 2,33$ (95. Perzentil)	 unverändert

Bundesergebnis 0,99 0,92 – 1,06

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC-KOMB – Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (Modul HCH)

Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna

ID 362002 Die linksseitige Brustwandarterie wurde als Umgehungsgefäß (sog. Bypass) verwendet
QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
68 / 80	85,00 %	75,59 – 91,21 %	>= 68,57 % (5. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 81,44 % 80,41 – 82,42 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-KC-KOMB – Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (Modul HCH)

Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation			
ID 362018				
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	k. A.	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	6,10 %	5,49 – 6,77 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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
- ^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KCHK-KC-KOMB – Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (Modul HCH)

Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 362019 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 3,14 Fallzahl: 80	1,27 O / E	0,50 – 3,09	<= 2,01 (95. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 0,94 0,86 – 1,03

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-MK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
ID 402002	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
18 / 96	18,75 %	12,20 – 27,70 %	$\leq 23,77 \%$ (95. Perzentil)	 unverändert

Bundesergebnis 12,20 % 11,34 – 13,12 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	 unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-MK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff

ID 402006

QI* Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
90 / 96	93,75 %	87,03 – 97,10 %	>= 89,14 % (5. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 97,18 % 96,70 – 97,60 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-MK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation			
ID 402010				
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
7 / 94	7,45 %	3,65 – 14,58 %	Nicht definiert	—
Bundesergebnis	3,12 %	2,67 – 3,64 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
—				—

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-MK-CHIR – Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 402011 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Observed / Expected	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
8 / 4,36 Fallzahl: 96	1,84 O / E	0,94 – 3,44	<= 2,69 (95. Perzentil)	➔ unverändert

Bundesergebnis 0,94 0,82 – 1,07

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-MK-KATH – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts
ID 392002	
QI*	Patientinnen und Patienten, bei denen aufgrund der Operation schwerwiegende Komplikationen während des Krankenhausaufenthalts auftraten

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
6 / 90	6,67 %	3,09 – 13,79 %	<= 10,12 % (95. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 4,12 % 3,69 – 4,59 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich		

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-MK-KATH – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Erreichen des Eingriffsziels nach einem Mitralklappeneingriff

ID 392006

QI* Patientinnen und Patienten, bei denen das geplante Ergebnis des Eingriffs an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) optimal oder zumindest in einem akzeptablen Ausmaß erreicht wurde

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
82 / 90	91,11 %	83,43 – 95,43 %	>= 83,33 % (5. Perzentil)	→ unverändert

Bundesergebnis 93,99 % 93,42 – 94,51 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



KCHK-MK-KATH – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

3 Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher ID 392010 Operation

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	k. A.	–	Nicht definiert	–

Datenschutz ^(x)

Bundesergebnis	2,62 %	2,28 – 3,01 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

–

–

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

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



KCHK-MK-KATH – Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (Modul HCH)

Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

4 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 392011 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* 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)	1,50 O / E	0,51 – 4,21	<= 3,24 (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	0,91	0,80 – 1,04		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



TX-HTX – Herztransplantationen (Modul HTXM-TX)

Herztransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1	Sterblichkeit im Krankenhaus
ID 2157	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des
QI*	Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

keine Fälle	–	–	<= 20,00 %	–

Bundesergebnis	11,75 %	8,84 – 15,45 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

N01	Bewertung nicht vorgesehen	→
	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind	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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung				
1	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	1,47 O / E	0,42 – 3,29	<= 1,36		→
Datenschutz ^(x)					eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	0,80	0,69 – 0,93			
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr	
A71	Bewertung nach Stimmnahmeverfahren als qualitativ auffällig				↘
	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel				verschlechtert

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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen





Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
2	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
1,36 / 7	19,48 %	12,33 – 35,53 %	<= 35,00 %	➔ eingeschränkt/ nicht vergleichbar
Bundesergebnis	25,26 %	24,54 – 26,52 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich			

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 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 (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
3	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
0 / 6	0,00 %	0,00 – 39,03 %	<= 20,00 %	→ unverändert
Bundesergebnis	5,35 %	3,85 – 7,38 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			→ unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
4	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD			
ID 52386				
TKez*	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
< 4	k. A.	–	Nicht definiert	–
Datenschutz ^(x)				
Bundesergebnis	13,64 %	4,75 – 33,33 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

5	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH
ID 52387	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines
TKez*	künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

keine Fälle	–	–	Nicht definiert	–

Bundesergebnis	20,00 %	3,62 – 62,45 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmabgabeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

–		–

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 (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6	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)	k. A.	–	<= 20,73 % (95. Perzentil)	➔ unverändert
Bundesergebnis	7,23 %	5,47 – 9,51 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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 (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

7 Sepsis bei Implantation eines BiVAD

ID 52389 Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die
TKez* linke und rechte Herzkammer unterstützt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	Nicht definiert	–

Bundesergebnis 18,18 % 7,31 – 38,52 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmabgabeverfahren	Vergleich zum Vorjahr
–		–

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

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamem Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

8 Sepsis bei Implantation eines TAH

ID 52390 Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen
TKez* Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

keine Fälle – – Nicht definiert –

Bundesergebnis 20,00 % 3,62 – 62,45 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

– –

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/Kunsth Herzen (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9 Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD

ID 52391 Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer
QI* 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 0,16 % 0,03 – 0,89 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stimmnahmeverfahren 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 Stimmnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs 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 Stimmnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden:

<https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

10 Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD

ID 52392 Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte
TKez* Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	Nicht definiert	–
Bundesergebnis	4,55 %	0,81 – 21,80 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmabgabeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
–				–

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

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



TX-MKU – Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen (Modul HTXM-MKU)

Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

11 Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH

ID 52393 Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz
TKez* ersetzt, war fehlerhaft

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr

keine Fälle – – Nicht definiert –

Bundesergebnis 0,00 % 0,00 – 43,45 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stimmabgabeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

– –

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-LTX – Lebertransplantationen (Modul LTX)

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Tod durch operative Komplikationen

ID 2097 Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von
QI* 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 15	0,00 %	0,00 – 20,39 %	<= 5,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 0,70 % 0,30 – 1,62 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



TX-LTX – Lebertransplantationen (Modul LTX)

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 2096 Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts
QI* verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	<= 20,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 10,04 % 8,05 – 12,46 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



TX-LTX – Lebertransplantationen (Modul LTX)

Lebertransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

7 Postoperative Verweildauer

ID 2133 Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
QI*

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
4 / 15	26,67 %	10,90 – 51,95 %	<= 30,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 23,56 % 20,47 – 26,95 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



TX-NLS – Nierenlebendspenden (Modul NLS)

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 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)	k. A.	–	≤ 10,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 1,69 % 0,89 – 3,17 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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 (Modul NLS)

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 2137 Organspenderinnen und Organspender, die während des
QI* Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
0 / 36	0,00 %	0,00 – 9,64 %	Sentinel Event ^(y)	→ unverändert

Bundesergebnis 0,00 % 0,00 – 0,71 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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
Stellungnahmeverfahren.



TX-NLS – Nierenlebendspenden (Modul NLS)

Nierenlebendspende

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

5	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 / 36	0,00 %	0,00 – 9,64 %	Sentinel Event ^(y)	→ unverändert

Bundesergebnis	0,00 %	0,00 – 0,71 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich	→ unverändert
	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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 Stellungnahmeverfahren.



NET-NTX – Nierentransplantation (Modul NTX)

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 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
8 / 75	10,67 %	5,50 – 19,66 %	<= 25,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 9,01 % 7,81 – 10,37 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



NET-NTX – Nierentransplantation (Modul NTX)

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

2 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 572017 Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des
QI* Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	≤ 5,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 0,83 % 0,51 – 1,35 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = 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-NTX – Nierentransplantation (Modul NTX)

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
5	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
36 / 39	92,31 %	79,68 – 97,35 %	>= 60,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	79,33 %	77,11 – 81,39 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



NET-NTX – Nierentransplantation (Modul NTX)

Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung			
6	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
34 / 35	97,14 %	85,47 – 99,49 %	>= 90,00 %	➔ unverändert
Bundesergebnis	96,23 %	94,25 – 97,55 %		
Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren			Vergleich zum Vorjahr
R10	Ergebnis liegt im Referenzbereich			➔ unverändert
Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich				

Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA



NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren- Transplantation (Modul PNTX)

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

1 Sterblichkeit im Krankenhaus

ID 572036 Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des
QI* Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	<= 5,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 4,76 % 2,05 – 10,67 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren- Transplantation (Modul PNTX)

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

6 Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung

ID 572043 Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der
QI* 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)	k. A.	–	>= 75,00 %	➔ unverändert

Bundesergebnis 80,00 % 71,12 – 86,66 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



NET-PNTX – Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation (Modul PNTX)

Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation

Nr.	Bezeichnung und allgemeinverständliche Beschreibung

9 Entfernung des Pankreastransplantats

ID 572047 Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin /
QI* dem Organempfänger wieder entfernt werden

Zähler / Nenner	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzbereich (bundesweit) (Art der Festlegung)	Entwicklung zum Vorjahr
< 4 Datenschutz ^(x)	k. A.	–	≤ 20,00 %	→ unverändert

Bundesergebnis 20,95 % 14,26 – 29,69 %

Kategorie	Bewertung durch Übergangsgremium zur Bundesfachkommission im Stellungnahmeverfahren	Vergleich zum Vorjahr

R10 Ergebnis liegt im Referenzbereich

Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich



Fachlicher Hinweis des IQTIG

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

* = Qualitätsindikator (QI) im Verfahren gemäß der
Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des G-BA

^(x) = Aus Datenschutzgründen darf laut Gemeinsamen Bundesausschuss hier keine Angabe gemacht werden, wenn der Zähler oder der Nenner < 4 sind.



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

C-1.2.B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. Juni 2023 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 15. Juni 2023 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 das Universitätsklinikum 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

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Begründung bei Unterschreitung
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20	19	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	76	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	10	223	nein
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	108	nein
Stammzelltransplantation	25	213	nein
Knie-Totalendoprothesen	50	42	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.			
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht <1250 g	14	130	nein

Für den Leistungsbereich „Koronarchirurgische Eingriffe“ wurde bislang keine Mindestmenge definiert, deshalb ist hierzu keine Angabe vorzunehmen.



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 Reifgeborenen mit einem Aufnahme-gewicht <1250 g	ja
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	ja
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	ja

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

Leistungsbereich	Mindest-menge im Berichtsjahr (2022)	Mindest-menge im Prognose-jahr (2024)	Bestätigte Prognose ¹	Erbrachte Menge 2022	Menge Quartal 3-4 & 1-2 ²
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20	20	ja	19	18
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25	25	ja	76	84
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	10	26	ja	223	235
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10	15	ja	108	119
Stammzelltransplantation	25	25	ja	213	207
Knie-Totalendoprothesen	50	50	ja	42	70
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahme-gewicht <1250 g	14	25	ja	130	114
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	Keine Mindest-menge	50	ja	227	213
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	Keine Mindest-menge	40	ja	91	96

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 Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht <1250 g	nein
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	nein
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	nein

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 Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht <1250 g	nein
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	nein
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	nein



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 verfügt über eine umfangreiche Erfahrung in der Versorgung Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht < 1250 g (in 2022 130 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 <table border="0"> <tr> <td>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.</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>(QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL teil.</td> <td>ja</td> </tr> <tr> <td>Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL abgeschlossen:</td> <td>nein</td> </tr> </table>	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.	ja	(QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)		Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL teil.	ja	Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL abgeschlossen:	nein
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.	ja								
(QFR-RL = Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene)									
Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL teil.	ja								
Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL abgeschlossen:	nein								
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (gültig bis zum 30. Juni 2022) 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.								



Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie
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	1015
2.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 1, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt	507
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben ²	377

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

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände
Neurologische Schlaganfall- einheit	Comprehensive Stroke Unit	Tag	0 %	8
Neurologische Schlaganfall- einheit	Comprehensive Stroke Unit	Nacht	16,67 %	9
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Tag	100 %	5
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Nacht	100 %	1
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Tag	58,33 %	9
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Nacht	66,67 %	8
Allgemeine Chirurgie	GCH Station 10.2	Tag	100 %	8
Allgemeine Chirurgie	GCH Station 10.2	Nacht	100 %	4
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Tag	33,33 %	8
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Nacht	66,67 %	8
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Tag	0 %	6
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Nacht	0 %	6
Intensivmedizin	Intensivstation Herzzentrum	Tag	100 %	7
Intensivmedizin	Intensivstation Herzzentrum	Nacht	100 %	4
Allgemeine Pädiatrie	Kinder I	Tag	91,67 %	9
Allgemeine Pädiatrie	Kinder I	Nacht	91,67 %	9
Allgemeine Pädiatrie	Kinder II	Tag	58,33 %	7
Allgemeine Pädiatrie	Kinder II	Nacht	58,33 %	7
Pädiatrische Intensivmedizin	Kinder-Intensiv	Tag	100 %	5
Pädiatrische Intensivmedizin	Kinder-Intensiv	Nacht	100 %	3
Allgemeine Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Tag	100 %	0
Allgemeine Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Nacht	100 %	0
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensiv- station 1B	Tag	75 %	6
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensiv- station 1B	Nacht	83,33 %	5
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Tag	16,67 %	7
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Nacht	41,67 %	7
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Nacht	100 %	0



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände
Allgemeine Pädiatrie	Onkologische Station	Tag	100 %	9
Allgemeine Pädiatrie	Onkologische Station	Nacht	100 %	1
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Tag	50 %	5
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Nacht	66,67 %	3
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Tag	100 %	5
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Nacht	100 %	2
Intensivmedizin	PACU	Tag	100 %	1
Intensivmedizin	PACU	Nacht	100 %	1
Innere Medizin	Palliativstation	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Palliativstation	Nacht	100 %	2
Neonatologische Pädiatrie	Säuglingsstation	Tag	0 %	7
Neonatologische Pädiatrie	Säuglingsstation	Nacht	0 %	7
Neurologie	Station 1	Tag	100 %	4
Neurologie	Station 1	Nacht	100 %	6
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 1 Frauenklinik	Tag	100 %	4
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 1 Frauenklinik	Nacht	100 %	4
Neurologie	Station 13.1A	Tag	100 %	1
Neurologie	Station 13.1A	Nacht	91,67 %	6
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Tag	100 %	2
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Nacht	100 %	3
Innere Medizin	Station 15.2	Tag	91,67 %	5
Innere Medizin	Station 15.2	Nacht	100 %	3
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Tag	100 %	2
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Nacht	100 %	4
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Tag	100 %	2
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Nacht	100 %	4
Innere Medizin	Station 17.1	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station 17.1	Nacht	100 %	2
Neurologie	Station 2	Tag	100 %	6
Neurologie	Station 2	Nacht	100 %	8
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Tag	100 %	6
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Nacht	100 %	3
Herzchirurgie	Station 3.2	Tag	33,33 %	7
Herzchirurgie	Station 3.2	Nacht	100 %	6



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände
Neurologie	Station 4	Tag	100 %	7
Neurologie	Station 4	Nacht	100 %	5
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4 Frauenklinik	Tag	91,67 %	7
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4 Frauenklinik	Nacht	100 %	7
Herzchirurgie	Station 4.2	Tag	83,33 %	7
Herzchirurgie	Station 4.2	Nacht	100 %	6
Innere Medizin	Station 4A KMT	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Station 4A KMT	Nacht	100 %	1
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 5 Frauenklinik	Tag	81,82 %	7
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 5 Frauenklinik	Nacht	100 %	7
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 6 Frauenklinik	Tag	90,91 %	8
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 6 Frauenklinik	Nacht	100 %	8
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station E 11	Tag	100 %	6
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station E 11	Nacht	100 %	6
Innere Medizin	Station Ebene 10	Tag	100 %	3
Innere Medizin	Station Ebene 10	Nacht	100 %	4
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 %	3
Allgemeine Chirurgie	Station Ebene 18	Nacht	100 %	5
Neonatologische Pädiatrie	Station Frühgeborene	Tag	16,67 %	4
Neonatologische Pädiatrie	Station Frühgeborene	Nacht	25 %	4
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station I	Tag	100 %	2
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station I	Nacht	100 %	5
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station III	Tag	100 %	5
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station III	Nacht	100 %	4
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station IV	Tag	100 %	2
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station IV	Nacht	100 %	6
Neurologische Schlaganfall- einheit	Stroke Unit	Tag	50 %	8
Neurologische Schlaganfall- einheit	Stroke Unit	Nacht	100 %	6



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monats- bezogener Erfüllungsgrad ¹	Ausnahme- tatbestände
Innere Medizin	Tagesklinik Dialyse	Tag	100 %	0
Innere Medizin	Tagesklinik Erwachsenenonkologie	Tag	100 %	4
Allgemeine Pädiatrie	Tagesklinik Kinderonkologie	Tag	100 %	7

¹ Monatsbezogener Erfüllungsgrad: Anteil der Monate des Berichtsjahres, in denen die Pflegepersonaluntergrenzen auf der jeweiligen Station im Monatsdurchschnitt eingehalten wurden, getrennt nach Tag- und Nachtschicht. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)

^{*} Bei Tagesklinken gibt es keine Nachtschicht, so dass die „Nacht-Zeile“ entfällt.

PACU = Post Anaesthesia Care Unit, im Zentral-OP integrierte Intensivereinheit für Patientinnen und Patienten, die nach komplexen operativen Eingriffen eine kurzzeitige (bis zu 24-stündige) intensivmedizinische Überwachung oder Therapie benötigen

IMC = Intermediate Care, Intensivüberwachungspflege für Patientinnen und Patienten, die nicht beatmungspflichtig sind



C-8.2

Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Neurologische Schlaganfall- einheit	Comprehensive Stroke Unit	Tag	36,71 %
Neurologische Schlaganfall- einheit	Comprehensive Stroke Unit	Nacht	8,77 %
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Tag	93,97 %
Intensivmedizin	Ebene 4B – Intensiv	Nacht	98,36 %
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Tag	41,37 %
Neurologische Früh- rehabilitation	Frührehabereich Neurologie	Nacht	78,57 %
Allgemeine Chirurgie	GCH Station 10.2	Tag	93,15 %
Allgemeine Chirurgie	GCH Station 10.2	Nacht	80,55 %
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Tag	36,99 %
Intensivmedizin	IMC Ebene 11.2	Nacht	36,99 %
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Tag	6,58 %
Intensivmedizin	IMC Med. III 2.2	Nacht	24,66 %
Intensivmedizin	Intensivstation Herzzentrum	Tag	81,64 %
Intensivmedizin	Intensivstation Herzzentrum	Nacht	99,45 %
Allgemeine Pädiatrie	Kinder I	Tag	71,78 %
Allgemeine Pädiatrie	Kinder I	Nacht	66,03 %
Allgemeine Pädiatrie	Kinder II	Tag	52,33 %
Allgemeine Pädiatrie	Kinder II	Nacht	54,52 %
Pädiatrische Intensivmedizin	Kinder-Intensiv	Tag	94,52 %
Pädiatrische Intensivmedizin	Kinder-Intensiv	Nacht	96,99 %
Allgemeine Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Tag	100 %
Allgemeine Pädiatrie	Kinderkardiologische Station 2.1	Nacht	100 %
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Tag	58,9 %
Intensivmedizin	Neurochirurgische Intensivstation 1B	Nacht	45,75 %
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Tag	35,89 %
Intensivmedizin	Neurologische Intensivstation	Nacht	33,97 %
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Tag	100 %
Innere Medizin	Notaufnahmestation	Nacht	94,08 %
Allgemeine Pädiatrie	Onkologische Station	Tag	86,03 %
Allgemeine Pädiatrie	Onkologische Station	Nacht	89,04 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Tag	42,24 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1C	Nacht	51,55 %



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Tag	86,03 %
Intensivmedizin	Operative Intensivstation 1D	Nacht	99,73 %
Intensivmedizin	PACU	Tag	95,91 %
Intensivmedizin	PACU	Nacht	97,8 %
Innere Medizin	Palliativstation	Tag	100 %
Innere Medizin	Palliativstation	Nacht	99,18 %
Neonatologische Pädiatrie	Säuglingsstation	Tag	2,47 %
Neonatologische Pädiatrie	Säuglingsstation	Nacht	3,29 %
Neurologie	Station 1	Tag	96,43 %
Neurologie	Station 1	Nacht	16,98 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 1 Frauenklinik	Tag	97,26 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 1 Frauenklinik	Nacht	86,3 %
Neurologie	Station 13.1A	Tag	76,44 %
Neurologie	Station 13.1A	Nacht	56,04 %
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Tag	99,73 %
Innere Medizin	Station 15.1 A+B	Nacht	86,58 %
Innere Medizin	Station 15.2	Tag	84,11 %
Innere Medizin	Station 15.2	Nacht	83,7 %
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Tag	97,26 %
Innere Medizin	Station 16.1 A+B	Nacht	86,85 %
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Tag	93,97 %
Innere Medizin	Station 16.2 A+B	Nacht	64,56 %
Innere Medizin	Station 17.1	Tag	99,31 %
Innere Medizin	Station 17.1	Nacht	13,49 %
Neurologie	Station 2	Tag	88,69 %
Neurologie	Station 2	Nacht	13,21 %
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Tag	98,08 %
Innere Medizin, Kardiologie	Station 3.1	Nacht	96,71 %
Herzchirurgie	Station 3.2	Tag	46,3 %
Herzchirurgie	Station 3.2	Nacht	88,49 %
Neurologie	Station 4	Tag	81,18 %
Neurologie	Station 4	Nacht	9,77 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4 Frauenklinik	Tag	64,62 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 4 Frauenklinik	Nacht	8,66 %



Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schicht- bezogener Erfüllungsgrad ¹
Herzchirurgie	Station 4.2	Tag	57,02 %
Herzchirurgie	Station 4.2	Nacht	65,63 %
Innere Medizin	Station 4A KMT	Tag	100 %
Innere Medizin	Station 4A KMT	Nacht	99,45 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 5 Frauenklinik	Tag	59,91 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 5 Frauenklinik	Nacht	24,89 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 6 Frauenklinik	Tag	59,4 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	Station 6 Frauenklinik	Nacht	46,39 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station E 11	Tag	95,62 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station E 11	Nacht	91,51 %
Innere Medizin	Station Ebene 10	Tag	93,48 %
Innere Medizin	Station Ebene 10	Nacht	82 %
Innere Medizin	Station Ebene 11 MANE 2	Tag	100 %
Innere Medizin	Station Ebene 11 MANE 2	Nacht	100 %
Allgemeine Chirurgie	Station Ebene 18	Tag	97,26 %
Allgemeine Chirurgie	Station Ebene 18	Nacht	92,33 %
Neonatologische Pädiatrie	Station Frühgeborene	Tag	30,68 %
Neonatologische Pädiatrie	Station Frühgeborene	Nacht	40,27 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station I	Tag	94,59 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station I	Nacht	26,87 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station III	Tag	92,42 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station III	Nacht	17,75 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station IV	Tag	94,38 %
Orthopädie, Unfallchirurgie	Station IV	Nacht	18,29 %
Neurologische Schlaganfall- einheit	Stroke Unit	Tag	41,37 %
Neurologische Schlaganfall- einheit	Stroke Unit	Nacht	88,49 %
Innere Medizin	Tagesklinik Dialyse	Tag	100 %
Innere Medizin	Tagesklinik Erwachsenenonkologie	Tag	63,32 %
Allgemeine Pädiatrie	Tagesklinik Kinderonkologie	Tag	58,4 %

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) →



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
C Qualitätssicherung

* Bei Tageskliniken 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



C-9

Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- *Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.*
- *Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.*
- *Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.*

Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

Kommentar des Krankenhauses

Im Rahmen der PPP-RL Quartalsdatenlieferung hat die Universitätsklinik Köln (AöR) im Jahr 2022 als Kennzahl Belegungstage anstelle Behandlungstage zu Grunde gelegt. Die Differenz in der Zählung der Tage ergibt sich aus den Beurlaubungen über Mitternacht hinausgehend. Da in den nach PPP-RL vorgesehenen Behandlungstagen eine über Mitternacht hinausgehende Beurlaubung oder Abwesenheit nicht berücksichtigt werden, ergab die Auswertung auf Basis der Belegungstage eine höhere Patientenzahl als zu berücksichtigen ist. Daraus folgend musste zur Erfüllung der Anforderungen mehr Personal eingesetzt werden, wodurch schlussendlich [fälschlicherweise] z. T. Nichterfüllungen ausgewiesen wurden.

C-9.1

Zeitraum des Nachweises

Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Im Folgenden werden die Quartale jeweils nebeneinander dargestellt.

C-9.2

Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Vollständige und fristgerechte Nachweisführung	ja	ja	ja	ja



C-9.3a Einrichtungstyp: Erwachsenenpsychiatrie

Strukturangaben zur Einrichtung (C-9.3.1)

Regionale Pflichtversorgung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung	ja	ja	ja	ja
Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche	ja	ja	ja	ja
Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste	ja	ja	ja	ja

Station: PSY-1

Stationstyp A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Behandlungsschwerpunkt A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	22	22	22	22
Planplätze der teilstationären Versorgung	1	1	1	1

Station: PSY-2

Stationstyp E = elektive offene Station
Behandlungsschwerpunkt A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	21	21	21	21
Planplätze der teilstationären Versorgung	1	1	1	1

Station: PSY-3

Stationstyp A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation
Behandlungsschwerpunkt A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	22	22	22	22
Planplätze der teilstationären Versorgung	1	1	1	1

Station: PSY-4

Stationstyp E = elektive offene Station
Behandlungsschwerpunkt A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	17	17	17	17
Planplätze der teilstationären Versorgung	1	1	1	1



Station: PSY-5

Stationstyp E = elektive offene Station
Behlungsschwerpunkt A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	22	22	22	22
Planplätze der teilstationären Versorgung	1	1	1	1

Station: PSY-StäB

Stationstyp E = elektive offene Station
Behlungsschwerpunkt Z = keine der obigen Konzeptstationen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	3	3	3	3
Planplätze der teilstationären Versorgung	0	0	0	0

Station: PSY-TK

Stationstyp E = elektive offene Station
Behlungsschwerpunkt A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	0	0	0	0
Planplätze der teilstationären Versorgung	20	20	20	20

Behandlungsumfang (in Tagen) und Behandlungsbereiche

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
A1 = Allgemeine Psychiatrie – Regelbehandlung	4.669	4.204	4.696	4.746
A2 = Allgemeine Psychiatrie – Intensivbehandlung	1.173	885	1.930	1.323
A4 = Allgemeine Psychiatrie – Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker	139			
A6 = Allgemeine Psychiatrie – Tagesklinische Behandlung	1.482	1.339	1.396	1.357
A9 = Allgemeine Psychiatrie – Stationsäquivalente Behandlung	186	181	383	209
G1 = Gerontopsychiatrie – Regelbehandlung	1.308	796	824	1.036
G2 = Gerontopsychiatrie – Intensivbehandlung	750	474	653	1.061
S1 = Abhängigkeitskranke – Regelbehandlung	428	311	658	422
S2 = Abhängigkeitskranke – Intensivbehandlung	296	149	191	314
G4 = Gerontopsychiatrie – Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker			44	



	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
G6 = Gerontopsychiatrie – Tagesklinische Behandlung			12	

Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen (C–9.3.2)

Berufsgruppe: Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	4.983	3.967	5.198	5.068
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	6.067	5.530	5.726	6.339
Umsetzungsgrad	121,76 %	139,41 %	110,17 %	125,07 %

Berufsgruppe: Pflegefachpersonen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	nein	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	24.613	18.710	25.366	25.293
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	24.401	18.025	21.630	24.812
Umsetzungsgrad	99,14 %	96,34 %	85,27 %	98,10 %

Berufsgruppe: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	nein	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	1.545	1.258	1.511	1.493
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	1.548	1.329	1.346	1.862
Umsetzungsgrad	100,22 %	105,65 %	89,11 %	124,70 %



Berufsgruppe: Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	nein	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	3.156	2.606	3.192	3.104
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	3.027	2.927	2.278	2.960
Umsetzungsgrad	95,90 %	112,31 %	71,37 %	95,36 %

Berufsgruppe: Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	725	565	731	734
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	700	701	861	814
Umsetzungsgrad	96,55 %	123,98 %	117,74 %	110,94 %

Berufsgruppe: Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	1.947	1.552	1.975	1.933
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	1.885	1.597	1.782	1.761
Umsetzungsgrad	96,82 %	102,90 %	90,25 %	91,12 %

Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad (C-9.3.3)

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung	ja	ja	nein	ja
Umsetzungsgrad in der Einrichtung	101,79 %	107,69 %	88,55 %	102,50 %

Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen (C-9.3.3.2) siehe oben.



Ausnahmetatbestände

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Ausnahmetatbestand 1: Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 2: Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 3: Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	nein	nein	nein	nein

C-9.3b

Einrichtungstyp: Kinder- und Jugendpsychiatrie

Strukturangaben zur Einrichtung (C-9.3.1)

Regionale Pflichtversorgung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung	ja	ja	ja	ja
Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche	ja	ja	ja	ja
Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste	ja	ja	ja	ja

Station: KJP-A

Stationstyp C = offene, nicht elektive Station
Behandlungsschwerpunkt KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	12	12	12	12
Planplätze der teilstationären Versorgung	0	0	0	0

Station: KJP-B

Stationstyp D = Station mit geschützten Bereichen
Behandlungsschwerpunkt KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	34	34	34	34
Planplätze der teilstationären Versorgung	0	0	0	0

Station: KJP-D

Stationstyp E = elektive offene Station
Behandlungsschwerpunkt KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	4	4	4	4
Planplätze der teilstationären Versorgung	0	0	0	0



Station: KJP-TK-J-A

Stationstyp E = elektive offene Station
 Behandlungsschwerpunkt KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	0	0	0	0
Planplätze der teilstationären Versorgung	22	22	22	22

Behandlungsumfang (in Tagen) und Behandlungsbereiche

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
KJ1 = Kinder- und Jugendpsychiatrie – Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung	1.166	1.037	1.228	1.037
KJ2 = Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendpsychiatrische Regelbehandlung	2.308	1.505	1.885	2.159
KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie – Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung	419	525	550	712
KJ6 = Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eltern-Kind-Behandlung	225	255	198	265
KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie – Tagesklinische Behandlung	1.318	813	1.162	1.325

Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen (C–9.3.2)

Berufsgruppe: Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	3.824	2.905	3.550	3.914
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	3.755	4.094	5.016	4.942
Umsetzungsgrad	98,20 %	140,93 %	141,29 %	126,26 %

Berufsgruppe: Pflegefachpersonen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	nein	nein	nein	nein
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	22.344	17.487	21.057	22.900
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	19.158	14.409	17.947	19.362
Umsetzungsgrad	85,74 %	82,40 %	85,23 %	84,55 %



Berufsgruppe: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	ja	ja	nein	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	2.726	2.032	2.502	2.743
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	2.609	2.090	2.063	2.477
Umsetzungsgrad	95,70 %	102,86 %	82,44 %	90,29 %

Berufsgruppe: Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	nein	ja	nein	nein
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	2.343	1.693	2.113	2.283
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	1.844	1.776	1.880	1.794
Umsetzungsgrad	78,71 %	104,92 %	88,95 %	78,59 %

Berufsgruppe: Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	nein	ja	nein	nein
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	1.023	747	922	993
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	812	812	449	351
Umsetzungsgrad	79,37 %	108,70 %	48,70 %	35,30 %

Berufsgruppe: Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten	nein	ja	ja	ja
Geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)	1.938	1.436	1.772	1.912
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	1.346	1.728	1.676	1.776
Umsetzungsgrad	69,46 %	120,31 %	94,59 %	92,87 %



Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad (C-9.3.3)

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung	nein	nein	nein	nein
Umsetzungsgrad in der Einrichtung	86,33 %	94,71 %	90,96 %	88,40 %

Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen
(C-9.3.3.2) siehe oben.

Ausnahmetatbestände

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Ausnahmetatbestand 1: Kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 2: Kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen	nein	nein	nein	nein
Ausnahmetatbestand 3: Gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	nein	nein	nein	nein

C-9.3c

Einrichtungstyp: Psychosomatik

Strukturangaben zur Einrichtung (C-9.3.1)

Regionale Pflichtversorgung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung	ja	ja	ja	ja
Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche	nein	nein	nein	nein
Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste	ja	ja	ja	ja

Station: PSO-1

Stationstyp E = elektive offene Station
Behandlungsschwerpunkt P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Planbetten der vollstationären Versorgung	18	18	18	18
Planplätze der teilstationären Versorgung	0	0	0	0



Behandlungsumfang (in Tagen) und Behandlungsbereiche

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
P2 = Psychosomatik – Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung	1.525	1.541	1.533	1.540

Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen (C–9.3.2)

Berufsgruppe: Ärztinnen und Ärzte, ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	1.636	1.903	1.901	1.552

Berufsgruppe: Pflegefachpersonen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	2.932	3.262	3.294	3.227

Berufsgruppe: Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten), Psychologinnen und Psychologen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	495	488	488	484

Berufsgruppe: Spezialtherapeutinnen und Spezialtherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	434	414	427	442

Berufsgruppe: Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	138	193	315	204

Berufsgruppe: Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen

	Quartal 1	Quartal 2	Quartal 3	Quartal 4
Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)	182	146	228	184



C-10

Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Hinweis des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen.

Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.

Es besteht die grundsätzliche Berechtigung zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien für:

Nr.	Arzneimittel	Zusatzangaben
ANT01	CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien (Anlage I der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	- akute B-Vorläuferzell-Leukämien bei Erwachsenen - akute B-Vorläuferzell-Leukämien bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr - B-Zell-Lymphome bei Erwachsenen - Multiples Myelom bei Erwachsenen



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 Antibiotic Stewardship ist beim Ärztlichen Direktor etabliert. Die Sicherheit zeigt sich in einer niedrigen Rate der Infektionen.



Ein umfassendes Risiko- und Fehlermanagement wird betrieben, das organisatorische, pflegerische und medizinische Fehler aufdeckt und auch aus Beinahefehlern (CIRS) Informationen sammelt, um Zwischenfälle mit Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

Die angemessene und für die Patientin oder den Patienten annehmbare Behandlung, die ihre oder seine Leiden lindert und ihre oder seine Erkrankungen heilt, wird durch den Einsatz moderner wissenschaftlich abgesicherter Diagnostik und Therapie erreicht. Die reibungslose interdisziplinäre und die interprofessionelle Zusammenarbeit sind dafür notwendig.

Dazu müssen die organisatorischen Abläufe klar definiert und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachvollziehbar sein. Wesentliches Hilfsmittel ist ein klinisches EDV-System, das alle Kliniken und Institute durchdringt.

Eine ausreichende Finanzierung wird durch die sparsame und angemessene Verwendung der Mittel und eine hohe Auslastung sichergestellt. Damit wird der Scherenproblematik aus geringer Veränderungsrate der DRG-Baserate sowie den höheren Lohn- und Preissteigerungen erfolgreich begegnet.

D-3

Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ziel ist ein umfassendes Qualitätsmanagement nach dem Stand von Wissenschaft und Technik für die gesamte Uniklinik. Dadurch soll eine größtmögliche, abteilungsübergreifende Vereinheitlichung von diagnostischen, therapeutischen und administrativen Verfahren sowie organisatorischen Abläufen erzielt werden.

Die Struktur der Uniklinik mit vier Abteilungen der Zahnheilkunde, 27 bettenführenden Kliniken, 16 klinischen Instituten und 19 vorklinischen und forschenden Instituten ist sehr vielfältig. Die Verantwortung für die medizinische Leistung und Behandlung der Patientinnen und Patienten liegt in der Verantwortung der jeweiligen Abteilungsleitungen. Daher werden in den Abteilungen Qualitätsmanagementsysteme nach DIN oder den spezifischen Anforderungen der Fachgesellschaften entwickelt und aufrechterhalten.

Zum Management der Schnittstellen bestehen festgelegte Strukturen, Transfusions-, Arzneimittel- und Hygienekommission sowie ICU-Board für Intensivmedizin, OP-Board, Schockraumkonferenz und eine Vielzahl von Tumorkonferenzen. Als onkologisches Spitzenzentrum der Deutschen Krebsgesellschaft werden mehr als 95 % aller onkologischen Erstdiagnosen dort vorgestellt und besprochen. Die Steuerung der Patientinnen und Patienten obliegt dem Casemanagement und die weitere Versorgung nach dem stationären Aufenthalt dem Entlassmanagement.

Zentrale Verfahren, die für alle Kliniken gültig sind, werden vom Vorstand freigegeben und dann eingeführt. Parallel dazu entwickeln die Abteilungen eigene QM-Systeme, um ihre spezifischen Anforderungen und Leistungen zu dokumentieren und zu regeln. Dabei werden sie von den Medizinischen Synergien (ZMS) beraten. Diese Struktur ermöglicht es, Kompetenzen zu bündeln, Problemlösungen berufsgruppenübergreifend zu entwickeln und Ressourcen optimal zu nutzen.



Im ZMS ist das zentrale Qualitätsmanagement und Klinische Risikomanagement organisiert. Das zentrale Klinische Risikomanagement hat drei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze zur Risikoidentifikation etabliert:

- Statistische Verfahren mit
 - Externer Qualitätssicherung
 - Aktenanalyse und Befragungen
- Anlasslose Verfahren
 - Begehungen der Aufsichtsbehörden
 - Interne Prozess- und Systemaudits nach den Vorgaben von Normen und Fachgesellschaften
 - Risikoaudits: Begehungen der klinischen Bereiche in Kooperation mit der Zentralen Krankenhaushygiene, der Apotheke, der Arbeitssicherheit und der Tochtergesellschaft medfacilities sowie den ärztlichen und pflegerischen Vertreterinnen und Vertretern der begangenen Bereiche
- Anlassbezogene Verfahren
 - Critical Incident Reporting System (CIRS)
 - Lob- und Beschwerdemanagement
 - Für Schadensfälle ist ein Verfahren etabliert, das einerseits vom London-Protokoll abgeleitet ist, und andererseits Elemente der Flugunfalluntersuchungen übernommen hat. Bei Verdacht auf Schadensfälle werden die Untersuchungen eingeleitet.
 - M&M – Konferenzen
 - Sturzerfassung und -analysen

Das Qualitätsmanagement ist in den jeweiligen Kliniken und Instituten organisiert. Nur einige Instrumente und Leistungen werden zentral organisiert:

- Organisation der Patientenbefragung, die Auswertung und interne Kommunikation erfolgt durch die Unternehmensstrategie im Rhythmus alle zwei Jahre
- Ideenwettbewerb
- Beratung von Kliniken, Instituten, Schwerpunkten und Bereichen bei der Implementierung und Aufrechterhaltung von QM-Systemen
- IT-gestützte Dokumentenlenkung
- Konzepte der Abfallentsorgung
- Mitarbeiterqualifikation durch das Bildungszentrum mit einem umfassenden Seminarprogramm und Weiterbildungsangeboten. In 2022 nahmen über 4.000 Beschäftigte in über 300 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 gefahrgeneigt, jede Operation, jeder invasive Eingriff und jedes hochwirksame Medikament kann unerwünscht wirken. Zusätzlich zu den Risiken, die der medizinischen Diagnostik und Therapie innewohnen, können weitere Risiken durch menschliche Fehler, versagende Technik oder insuffiziente Organisation auftreten. Das Klinische Risikomanagement bekämpft besonders diese zusätzlichen Risiken.

Diese Risiken müssen erkannt und aufgedeckt werden, bevor ein Schaden für die Patientin oder den Patienten entsteht. Meistens sind solche Risiken nicht offensichtlich und es ist eine besondere Aufgabe sie rechtzeitig zu entdecken. Deshalb werden unterschiedliche Rückkopplungssysteme entwickelt und aufrechterhalten. Damit sollen der Vorstand und andere Verantwortliche der Patientenbehandlung direkte Informationen bekommen, die nicht auf den dienstlichen Informationswegen basieren. Die Rückkopplungssysteme sollen für alle betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Patientinnen und Patienten offen sein, sie sollen niederschwellig und einfach sein.

In 2022 die gemeinsame Softwareplattform für die unterschiedlichen Rückkopplungssysteme weiter ausgerollt. 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 anonymen Form über ein elektronisches Formular an einen unabhängigen Dritten geschickt, dies ist hier der Zentralbereich Medizinische Synergien. Dort werden sie anonymisiert und an das CIRS-Team der zuständigen Abteilung weitergeleitet, das die Berichte weiterbearbeitet.
 - Die Anzahl der CIRS Meldungen blieb im Jahre 2022 nahezu konstant bei 528 (2021 : 628) 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.

1.748 Patientinnen und Patienten und Angehörige haben sich in 2022 gemeldet. Das sind deutlich weniger als letztes Jahr, aber es korreliert mit dem Einbruch der Patientenzahlen im 12-wöchigen Streik.
- **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.

Im Herbst 2022 wurde wieder eine systematische Patientenbefragung zusammen mit dem Picker-Institut durchgeführt. Dazu wurden über 5.000 Patientinnen und Patienten angeschrieben. Die Rücklaufquote liegt über 40 %
- 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 2022 wurden wegen der pandemische Lage keine Risikoaudits durchgeführt, sondern nur eine Inspektion der Bezirksregierung begleitet. Die Internen Risikoaudits sollen jeden klinischen Bereich anlasslos begehen, um Risiken aufzudecken, die den Nutzerinnen und Nutzern nicht bewusst oder nicht bekannt sind.

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 494 (421 in 2021) im Jahre 2022 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 2022 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
 - FMT - Laboratorium
 - DCLLSG – Deutsche CLL-Studiengruppe
- Innere Medizin I Stammzelltransplantation
- Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs



- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Brust- und Genitalkrebszentrum sowie Reproduktionsmedizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- 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 Rechtsmedizin
- Apotheke
- SterilGut GmbH
- Palliativmedizin
- Institut für Humangenetik
- 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 weiterhin 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 Jugendpsychiatrie, 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
Spezialprechstunde 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 Schwerpunktambulanz 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 Kreislau fforschung e. V. – DGK Gutachterkommission im Auftrag der DGK
Überregionales EMAH-Zentrum (Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern) Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung der interdisziplinären Versorgung von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislau fforschung e. V. – DGK, der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie e. V. – DGPK und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e. V. – DGTHG Gutachterkommission im Auftrag der DGK
TAVI-Zentrum (Transkatheter-Aortenklappen-Implantation) Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Qualitätskriterien zur Durchführung der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislau fforschung e. V. – DGK und des Beschlusses über eine Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen des Gemeinsamen Bundesausschusses – G-BA Gutachterkommission im Auftrag der DGK



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 Elektrophysiologie und Aktiven Herzrhythmusimplantate Abteilung für Elektrophysiologie in der Klinik und Poliklinik III für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin	Zusatzqualifikation nach dem Curriculum Spezielle Rhythmologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und 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 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.	Qualitätskriterien nach den fachlichen Anforderungen an Onkologische Zentren OnkoZert im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft e. V.
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 DAKs, 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 Societies – 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 Tumorzentrums, der Sektion Neuroradiologie am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, des Zentrums für Augenheilkunde und des Instituts für Neuropathologie	Kriterien der Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e. V. – GSB Gesellschaft für Schädelbasischirurgie e. V.
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 Zentrums 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
Informationssicherheitsmanagement 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, Einweisungsmanagement (Medizingeräte), Medizinische Maskenproduktion, Gewährleistungsmanagement und Beratung und Implementierung eines Nachhaltigkeitsmanagements	QM-System nach DIN EN ISO 9001 infaz, Institut für Auditierung und Zertifizierung GmbH



Strukturierter Qualitätsbericht analog zu § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Berichtsjahr 2022
D Qualitätsmanagement

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 West-deutsche 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 eines Falls, werden anhand der Krankenakte zur Ermittlung der DRG-Fallpauschale für die Abrechnung erfasst, ein „Fall wird kodiert“.

ICD – Diagnoseschlüssel-Katalog

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

OPS – Operationenschlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Operationen- und Prozeduren-Schlüssel nach Paragraph 301 SGB V

Dabei müssen die verpflichtenden Deutschen Kodierrichtlinien beachtet werden. Einige Codes dürfen nur einmal pro Fall kodiert bzw. gezählt werden, während andere Codes bei jeder erbrachten Leistung erfasst werden müssen.

In der Praxis ist es für die Erfassung vor allem relevant, ob ein ICD- bzw. OPS-Code tatsächlich erlösrelevant ist, dies auch ohne Absicht zur gezielten Erlösmaximierung. Ein weiterer Einfluss ergibt sich dadurch, wer die Daten erfasst bzw. wie der Arbeitsprozess der OPS-Kodierung in den einzelnen Fachabteilungen organisiert ist.

ICD- und OPS-Codes sind daher als Abrechnungsschlüssel nicht mit einer medizinischen Dokumentation zu verwechseln.

Datensatz analog § 21 KHEntgG

Die einheitliche Datengrundlage für die Fallzahlen (Top-Listen) zu ICD- und OPS-Codes im Strukturierten Qualitätsbericht ist analog zum Datensatz nach § 21 Krankenhaus-Entgelt-Gesetz (KHEntgG).

Der Datensatz nach § 21 KHEntgG enthält Daten zu allen stationären Fällen. Er wird vom Controlling erstellt und einmal im Jahr gesetzlich verpflichtend an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt. Dort werden diese Daten zur Anpassung der Vergütungsregeln (DRG) eingesetzt.

Es werden für diesen Bericht nur die Hauptdiagnosen eines Falls berücksichtigt. Teilstationäre Fälle wurden nur für die Top-Listen der OPS-Codes berücksichtigt.

Daten zu ambulanten, somatischen Fällen sind im Datensatz nach § 21 KHEntgG nicht enthalten und sollen gemäß der Vorgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den Top-Listen zu den ICD- und OPS-Codes auch nicht mitgezählt werden.

Top-Listen zu ICD-Codes

Die Fachabteilungszuordnung der Hauptdiagnose nach ICD ist anhand der entlassenden Fachabteilung umgesetzt. Damit ergeben sich geringe Verschiebungen zum internen Berichtswesen des Universitätsklinikums 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, bei welcher Fachabteilung die Leistung konsiliarisch angefordert wird.

Anhand dieser Analyse wurde ein Regelwerk erstellt, das seitdem in der hausinternen Diskussion korrigiert und ergänzt wird. Anhand des OPS-Codes und der „liegenden“ (anfordernden) Fachabteilung wird die Leistung der erbringenden Fachabteilung zugeordnet.

Ab Berichtsjahr 2020 erfolgt die Regelanwendung direkt im Controlling.

Vergleichbarkeit zum Vorjahr

Die Kataloge zu ICD und OPS unterliegen wie auch die Kodierrichtlinien einem jährlichen Wandel, der einen jahresübergreifenden Vergleich nicht ohne nähere Prüfung der Katalogwerke und der Kodierrichtlinien zulässt.

Vergleichbarkeit zu anderen Berichten

Die Angaben zu Fallzahlen im Strukturierten Qualitätsbericht werden gemäß der DRG-Systematik ermittelt, die Angaben zu Fallzahlen im Jahresbericht (Geschäftsbericht) werden nach den Regeln der Landeskrankenhausstatistik berechnet. Diese unterschiedlichen Vorgaben führen zu unterschiedlichen Angaben. Die Fallzahlen im Jahresbericht und im Strukturierten Qualitätsbericht können daher nicht miteinander verglichen werden.

Angaben zum Personal

Die Angaben zum Personal erfolgen gemäß Beschluss des G-BA ohne Personalanteil für Forschung und Lehre.

Hinweis zu den Texten

Alle Texte, die auch in der maschinenlesbaren Datenbankfassung enthalten sind, hauptsächlich also die Texte in Tabellen, unterliegen einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Textlängenbeschränkung (meist nur 300 Zeichen), daher muss hier eine knappe Formulierung gewählt werden, die auf Abkürzungen nicht verzichten kann.

Hinweis zum Datenschutz

Die eindeutige Krankenversicherungsnummer (eGK-Nummer), die seit 2013 im Datensatz nach § 21 KHEntgG verpflichtend enthalten ist, wurde vor der Aufbereitung für diesen Bericht anonymisiert. Aus der Datengrundlage für diesen Bericht kann daher kein Bezug mehr zu einer konkreten Person hergestellt werden.



Impressum

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Ärztlicher Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Edgar Schömig
Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor

Universitätsklinikum Köln

Hausanschrift:	Kerpener Straße 62, 50937 Köln
Postanschrift:	50924 Köln
Telefon	+49 (0)221/478 – 6241
E-Mail	aerztlicher-direktor@uk-koeln.de

Redaktionelle Bearbeitung

Projektleitung
Dr. med. Martin Klein
Zentralbereich Medizinische Synergien

Telefon	+49 (0)221/478 – 86850
Telefax	+49 (0)221/478 – 6778
E-Mail	martin.klein@uk-koeln.de

Redaktionelle Mitarbeit
Dr. Maka Robakidze-Torbahn (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
Attila Reinert (Personalcontrolling)
Alina Kreimendahl (Pflegedirektion)
Kessy Borchmann (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 Uniklinik Köln 2004 – 2022 (PDF)
www.uk-koeln.de/qualitaetsberichte

Strukturierte Qualitätsberichte der CardioCliniC Köln 2020 – 2022 (PDF)
www.cardioclinc-koeln.de/qualitaetsberichte